EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Albert JOSIAS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU



PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1901



EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES ET CONCOURS

HOPITAUX DE PARIS

1874. Externe.
1876. Interne titulaire.
1887. Médecin du Bureau central (nommé premier au concours. 1887).
1893. Médecin de l'Institution Sainte-Périne.
1894. Médecin de l'hôpital de la Pitié.
1895. Médecin de l'hôpital Trousseau.
1901. Médecin de l'hôpital Bretonneau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1878. Préparateur du Cours de Médecine légale.
1881. Docteur en médecine.
1881. Chef de clinique médicale à l'hôpital de la Charité.

FONCTIONS REMPLIES

1881-1884. Médecin-adjoint du Dépôt des Condamnés.
1884-1887. Médecin en chef de l'Infirmerie centrale des Prisons de la Seine (Épidémie de Choléra, 1884; Épidémie de Variole, 1887).

1885-1893. Médecin-Inspecteur du service de la vérification des décès à Paris.

1901. Médecin Consultant de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

HYGIÈNE

1886-1896. Membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du VIII[e] arrondissement de Paris.

1889-1892. Chargé par la direction des affaires municipales de la Préfecture de la Seine, à titre gratuit, de l'inspection des établissements sanitaires de la ville de Paris (stations de voitures d'ambulances et étuves municipales) depuis leur création en 1889, jusqu'au 29 juillet 1892.

1892. Membre de la Commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation, instituée à la Préfecture de la Seine, le 29 juillet 1892.

1895. Membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

1896. Membre du Comité de la protection des enfants du premier âge, dans le département de la Seine.

1900. Membre du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge (décret du 20 décembre 1900).

1890. Délégué, sur la demande de M. le Préfet de la Seine, par M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, au 10[e] Congrès médical international qui s'est tenu à Berlin, en août 1890.

1891. Délégué de l'administration municipale de la Ville de Paris, au Congrès d'hygiène et de démographie, qui s'est réuni à Londres, en août 1891.

1900. Membre des comités d'admission de l'Exposition universelle de 1900 (Section d'hygiène).

1900. Délégué du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, au Congrès pour la lutte contre la tuberculose, qui s'est tenu à Naples du 25 au 28 avril 1900.

1901. Délegué du Ministère de l'Intérieur et du Conseil d'hygiène

publique et de salubrité du département de la Seine, au Congrès pour la lutte contre la tuberculose, qui s'est tenu à Londres du 22 au 26 juillet 1901.

ENSEIGNEMENT

1881-1883. Conférences cliniques dans l'amphithéâtre de la Faculté à l'hôpital de la Charité, comme Chef de Clinique de M. le Professeur Hardy, pendant les années scolaires 1881-1882 et 1882-1883.

1897-1900. Conférences de clinique infantile à l'hôpital Trousseau.

RÉCOMPENSES

1882. Lauréat de la Faculté de Médecine (médaille de bronze, prix des thèses).

Récompenses décernées par l'Académie de Médecine.

1881. Mention honorable (Prix Godard), pour un mémoire sur les gommes scrofuleuses, en collaboration avec E. Brissaud.

1884. Prix Desportes : 1000 francs, à titre d'encouragement pour un mémoire intitulé : Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la gale et de l'acarus par le naphtol β.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

1879. Membre titulaire de la Société clinique de Paris.

1880. Membre titulaire de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

1887. Membre titulaire de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

1889. Membre titulaire de la Société de Thérapeutique. Président de la Société de Thérapeutique, 1897.

1889. Membre titulaire de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.
1893. Membre honoraire de la Société anatomique.
1895. Membre titulaire de la Société de médecine légale de France.
1899. Membre titulaire de la Société de Pædiatrie.
1901. Membre titulaire de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.

COLLABORATIONS

Au *Progrès médical.*

A *L'Année médicale* (revue critique sur les travaux de médecine légale).

A *La Tribune médicale.*

A *La Médecine moderne.*

PUBLICATIONS ET TRAVAUX

Communications à des Sociétés savantes, observations, thèse, notes, mémoires et travaux, relatifs :

A l'Hygiène et à la Médecine légale ;

A la Médecine infantile ;

A l'Anatomie pathologique, à la Pathologie, à la Clinique et à la Thérapeutique.

I

HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE

Chargé par la direction des affaires municipales, à la Préfecture de la Seine, de l'inspection des établissements sanitaires de la Ville de Paris, *dès leur fondation* (1889), j'ai contribué à améliorer et à perfectionner l'outillage de ces divers établissements. Ma communication à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, le 25 juin 1890; ma revue critique sur la désinfection des locaux et des objets à Paris et dans les grandes capitales de l'Europe, en 1890, la publication des premières statistiques concernant le fonctionnement des étuves municipales et des voitures d'ambulance, montreront le rôle que j'ai joué, comme hygiéniste, dès la création des établissements municipaux d'hygiène à Paris.

1. **Sur les nouvelles institutions municipales d'hygiène à Paris.** (*Bulletin de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*. 1890, page 230.)

Il y a neuf mois environ, la Préfecture de la Seine, d'accord avec le Conseil municipal de Paris, a fondé plusieurs établissements d'hygiène dans divers arrondissements de Paris. Ces établissements, dont l'importance ne tardera pas à être très appréciée, ont été institués en vue de combattre l'extension et la propagation des maladies contagieuses. Parmi ces établissements, les uns sont destinés à des voitures d'ambulance pour le transport des contagieux, les autres sont des asiles de nuit, et possèdent des étuves à vapeur sous pression, dont le type a été fourni par MM. Geneste et Herscher.

Ces voitures d'ambulance et ces étuves fixes à désinfection doivent servir plus particulièrement aux indigents et aux nécessiteux, c'est-à-dire à un très grand nombre d'habitants dans une ville comme Paris. Ces établissements fonctionnent et prospèrent aujourd'hui, grâce au concours des mairies et du corps médical.

Ils ne sont pas suffisamment connus et méritent cependant d'être vulgarisés. Chargé par M. Menant, directeur des affaires municipales, de l'inspection de ces établissements municipaux, j'ai pensé qu'il serait fructueux de révéler à la Société de médecine publique les premiers résultats obtenus, car ils sont de nature à l'intéresser et méritent de recevoir la publicité de ses importantes réunions.

Dans ma communication j'ai surtout en vue les établissements qui fonctionnent sur la rive gauche de la Seine. Incessamment, en effet, des établissements du même genre s'ouvriront et fonctionneront sur le territoire de la rive droite

Le Conseil municipal de Paris, par les délibérations des 11 juin 1887, 18 avril 1888 et 19 juin 1889, a décidé la création, rue de Staël et rue de Chaligny, de deux stations de voitures d'ambulance pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses. Ces deux établissements sont terminés : l'un, celui de la rue de Staël, fonctionne d'une façon active; l'autre fonctionnera incessamment.

Le service est organisé de la manière suivante : au premier avertissement, parvenu au chef de la station, soit par une communication verbale, soit par le télégraphe ou le téléphone, une voiture portant une infirmière des hôpitaux est immédiatement envoyée au domicile du malade. Mais celui-ci n'est chargé dans la voiture et conduit à l'hôpital qu'autant qu'un certificat, rédigé par le médecin traitant, relate la nature infectieuse de la maladie.

La station de la rue de Staël renferme sept voitures, parmi lesquelles six sont affectées aux malades atteints d'une maladie infectieuse, et une aux malades atteints d'une maladie non contagieuse. Autant que cela est possible, chacune des six premières voitures est réservée à un même genre de maladie. Trois chevaux sont destinés à assurer les transports, gratuits, jour et nuit. Le personnel comprend un chef de station, deux

infirmières, deux cochers et un palefrenier. Toutes les fois qu'un transport a eu lieu, des mesures de désinfection sont immédiatement prises, soit pour désinfecter la voiture qu'on lave avec une solution de sulfate de zinc associée à un liquide antiseptique quelconque (acides phénique, thymique...), soit pour désinfecter les vêtements ou les couvertures du personnel.

Une remise, dans laquelle on brûle du soufre, est spécialement consacrée à la désinfection de ces divers objets. La station dessert tout Paris.

Par ce moyen, il y a lieu d'espérer que les voitures de place, en circulation sur la voie publique, cesseront peu à peu de servir, comme elles le font trop souvent, au transport des contagieux, et de propager ainsi dans la population les microbes pathogènes.

Tous les transports, à la première demande, au premier appel, s'effectuent avec une régularité parfaite. Depuis le 3 octobre 1889, date de l'ouverture de la station, jusqu'au mois de juin 1890, 317 transports ont été effectués. Ces 317 transports se divisent ainsi : 243 pour des malades atteints d'une maladie contagieuse, 74 pour des malades atteints d'une maladie non contagieuse. Les 243 malades atteints d'une maladie contagieuse se subdivisent ainsi, suivant les diverses maladies infectieuses :

Rougeole	79
Scarlatine	18
Variole	36
Coqueluche	1
Fièvre typhoïde	10
Diphtérie	38
Erysipèle	58
Fièvre puerpérale	3

Les 74 malades non compris parmi les précédents étaient atteints d'une affection chronique ou victimes d'un accident quelconque.

Sur 300 transports, 200 sont réclamés par l'Assistance publique, 100 seulement par le public. En dehors des 317 transports auxquels je viens de faire allusion, la station de la rue de Staël, sur la demande de l'administration de l'Assistance publique, a transporté à la maison de

Nanterre 341 malades pris dans les différents hôpitaux de Paris, et a ramené de Nanterre 15 malades, lesquels ont été conduits soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière. Il en résulte que la station a opéré 673 transports parmi lesquels nous trouvons 243 cas de maladies contagieuses. Ainsi donc, ces voitures, qui doivent servir à transporter des malades atteints d'une maladie contagieuse, ne transportent guère qu'un malade contagieux sur 3 malades.

Tels sont les faits accomplis ; tels sont les résultats obtenus. Ils ont leur enseignement et méritent assurément d'être perfectionnés, car le mode de désinfection des vêtements, des couvertures, etc., est peut-être imparfait. Il est, du reste, dans les intentions de l'administration préfectorale d'installer dans cet établissement une étuve à vapeur sous pression.

J'arrive maintenant au *Refuge de nuit*, situé rue du Château-des-Rentiers, 71, établissement sur lequel une étuve est installée.

Le refuge de nuit, de plus en plus fréquenté, et dont l'utilité sociale s'imposait à notre époque de philanthropie, est constamment maintenu dans un état de propreté que l'on ne saurait imaginer, malgré ses 300 pensionnaires de chaque jour, je devrais dire de chaque nuit. Les dortoirs, le réfectoire, les lavabos, les appareils d'hydrothérapie, le vestiaire, les cabinets d'aisances, les urinoirs, etc., sont quotidiennement lavés, nettoyés, désinfectés, et entretenus d'une manière irréprochable.

L'étuve municipale (appareil de Geneste et Herscher) désinfecte non seulement les vêtements des individus qui sont admis au refuge de nuit, mais aussi toute la literie qui a servi à ces mêmes individus. Elle désinfecte également les vêtements, le linge, la literie, les tentures, les tapis, tous objets enfin qui ont appartenu à des malades de la ville, atteints d'une maladie infectieuse, contagieuse, que ces malades aient guéri ou aient succombé à cette maladie.

Un simple avis transmis à l'établissement de la rue du Château-des-Rentiers permet d'assurer la désinfection de tous les objets ainsi contaminés. Le service est assuré de la manière suivante : des voitures-étuves hermétiquement closes, à plafond mobile et traînées à bras, se rendent directement à l'endroit désigné.

Là, les étuvistes s'emparent de tous les objets contaminés, et les déposent dans leur voiture qu'ils traînent eux-mêmes jusqu'à l'étuve municipale.

Tous ces objets étant désinfectés, les étuvistes et les voitures de transport sont soumis à un nettoyage, à un lavage aussi complets que possible. Cela fait, les objets désinfectés sont rapportés à domicile dans des voitures absolument propres. Cette pratique est soumise à une taxe insignifiante, dérisoire dans la majorité des cas, nulle le plus souvent.

Ainsi donc, grâce à l'étuve municipale, tous les objets, linge, vêtements, draps, couvertures, matelas, rideaux, tapis, etc., ayant servi à un malade atteint d'une maladie transmissible, peuvent être immédiatement désinfectés, quelle que soit la condition du malade. Si, en effet, l'étuve municipale sert plus particulièrement aux individus qui fréquentent le refuge de nuit, il n'en est pas moins avéré qu'elle est mise fort judicieusement à la disposition de tous les nécessiteux. J'ajouterai même que, dans certains cas, elle a servi à des familles fortunées. Il en résulte que l'étuve municipale, loin de restreindre son fonctionnement, contribue largement, libéralement à la désinfection des objets contaminés par un malade atteint d'une maladie infectieuse et prévient ainsi la marche et le développement des maladies transmissibles dans Paris.

Cette situation actuelle est sujette à plusieurs critiques, aisées à formuler, mais susceptibles de recevoir une solution à bref délai. Ainsi que je l'ai dit, le service à domicile de l'étuve municipale est assuré par des voitures à bras. Il serait plus pratique de les remplacer par des voitures attelées, ce qui permettrait et d'effectuer un service plus rapide et de supprimer la fatigue excessive des étuvistes. Cette lacune sera comblée dans quelques jours. Les objets désinfectés seront reportés à domicile dans des voitures attelées, dès qu'il sera possible d'assurer un chargement suffisant; d'autre part, on construit en ce moment une voiture destinée à aller chercher les effets contaminés. Ainsi qu'il est aisé de se convaincre, tous ces établissements sont éminemment pratiques et aboutiraient encore à des résultats plus féconds, s'ils n'étaient limités dans leurs attributions administratives. Je vise la désinfection des locaux contaminés. Cette désinfection, qui incombe plus particulièrement à la

Préfecture de police, est un peu négligée. Il en résulte que les objets purifiés par l'étuve municipale sont rapportés fréquemment dans un local contaminé. Cette contradiction est réelle et regrettable. Une marche parallèle, ou une entente préalable entre les administrations de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de police, pourraient faire cesser cette contradiction. Afin d'obvier à ce grave danger, il conviendrait peut-être d'autoriser des hommes spéciaux à pratiquer la désinfection du local, à laver, par exemple, les plafonds, les parquets, les murs, les fenêtres, avec une solution de sublimé au millième.

Cette réforme coûterait peu et assurerait le but poursuivi, c'est-à-dire la désinfection de tout ce qui a pu être mis en contact avec un malade contagieux et être souillé par lui. L'étuve municipale de la rue du Château-des-Rentiers est aujourd'hui agencée dans des conditions telles qu'elle pourrait garantir la désinfection absolue, totale, d'une pièce contaminée.

En résumé, l'administration préfectorale met à la disposition des nécessiteux :

1° Une station d'ambulance pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses, située 7, rue de Staël, XVe arrondissement;

2° Un refuge de nuit, muni d'une étuve municipale, 71, rue du Château-des-Rentiers, XIIIe arrondissement.

Incessamment, l'administration ouvrira plusieurs autres établissements :

1° Un refuge-ouvroir pour les femmes, rue Fessart, XIXe arrondissement;

2° Une station de voitures d'ambulance, semblable à celle de la rue de Staël, rue Chaligny, XIIe arrondissement;

3° Une étuve municipale, rue des Récollets, X^e^ arrondissement.

Les municipalités et les médecins de tous les arrondissements de Paris se feront un devoir de seconder l'initiative de l'administration de la Préfecture de la Seine, en vulgarisant ces établissements et en les utilisant pour le plus grand bien de leurs administrés et de leurs clients.

Le jour où les étuves municipales seront multipliées et assureront une désinfection aussi complète des objets et des locaux, ce jour-là

la prophylaxie des maladies infectieuses aura fait un grand pas à Paris.

2. **Hygiène prophylactique (Désinfection).** De la désinfection des locaux et des objets, à Paris et dans les grandes capitales de l'Europe. (Annexe du rapport présenté au Conseil municipal de Paris, au nom de la Commission du budget et du contrôle, par M. P. Strauss, sur les articles 12 à 15 et 17 à 23 du chapitre XX des Dépenses du projet de budget de 1891. N° 126.)

La prophylaxie des maladies infectieuses a pris dans ces dernières années un tel développement qu'elle peut être regardée aujourd'hui comme la méthode thérapeutique la plus puissante, puisqu'elle s'adresse non à l'individualité, mais à la collectivité. Prévenir les maladies infectieuses, combattre la contagion, tel est le problème qui s'impose à tout esprit soucieux des intérêts généraux.

Cette prophylaxie est rigoureuse, lorsqu'elle vise une maladie susceptible de frapper rapidement tout un peuple, d'où les précautions hygiéniques prises dans tous les pays du monde contre le choléra asiatique. Il n'en a malheureusement pas été de même pour une série de maladies infectieuses, comme la diphtérie, la variole, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, etc. Ici la contagion est également indiscutable, tout en paraissant s'effectuer avec une rapidité relative et sur des zones plus ou moins étendues. Aussi ces maladies infectieuses existent-elles à l'état endémique à Paris, sévissant en quelque sorte, durant toute l'année, mais subissant des exacerbations à des époques plus favorables à leur développement. La conséquence de cet état de choses aboutit à une mortalité trop manifeste pour une maladie infectieuse donnée.

Afin d'obvier à ces lamentables résultats, on s'est efforcé de mettre le public à l'abri de tout ce qui était de nature à lui nuire ; autrement dit, étant donnée la propagation de la pluralité des maladies infectieuses par l'air ou le simple contact, on a cherché à détruire, aussi complètement que possible, les germes de ces maladies, et à isoler les malades eux-mêmes.

L'isolement des malades susceptibles de transmettre leur maladie, et la destruction des agents infectieux, tels sont les facteurs qui résument l'hygiéne prophylactique d'une grande ville.

Cette hygiéne prophylactique est appliquée dans certaines grandes villes d'une façon sévére, notamment à Bruxelles, à Londres, à Saint-Petersbourg, à Berlin... A Paris, au contraire, elle a été trop longtemps négligée, à peine ébauchée. Depuis un an environ, grâce au Conseil municipal de Paris, grâce à l'initiative de M. Menant, directeur des Affaires municipales, nous sommes en droit d'affirmer qu'un grand pas a été fait, que de réelles réformes se sont produites et que l'hygiéne prophylactique est susceptible d'étre appliquée à Paris. Cette application, certes, ne donne pas tous les résultats qu'elle sera capable de donner à un moment donné ; néanmoins ; elle est déjà fructueuse, car elle étend son champ d'action et limite les effets des maladies infectieuses.

L'hygiène prophylactique, bien comprise, vise la désinfection des locaux contaminés, des vétements et des objets de literie, des personnes qui soignent ou se trouvent en rapport direct avec les malades, de toutes les personnes et de toutes les choses, enfin, qui sont capables de recueillir les germes des maladies et de les transmettre au dehors.

L'hygiène administrative ne saurait répondre à toutes ces exigences. L'Administration peut étre armée pour désinfecter les locaux et les objets ; elle est absolument désarmée pour assurer la désinfection des personnes qui se trouvent en contact avec les malades et pour neutraliser les effets toxiques des déjections provenant de ceux-ci. Là où l'Administration sera fatalement impuissante, le médecin pourra tout prévoir et tout prévenir, en conseillant dans une famille ce que commande l'hygiéne la plus élémentaire, c'est-à-dire la propreté des gardes-malades, la désinfection des matières fécales, la destruction des crachats, des squames, des croûtes, etc.

La désinfection, quelle qu'elle soit, a pour but de détruire l'agent pathogène d'une maladie, c'est-à-dire le contage qui provient d'un premier malade et qui, transporté sur une personne saine, est de nature à lui donner la maladie de ce premier malade.

La destruction de cet agent peut s'obtenir de différentes manières

et nécessite des opérations variées. Les moyens à employer restent donc subordonnés aux circonstances. Ce sont ces moyens que je vais étudier en m'inspirant de ce qui se pratique couramment et de ce que j'ai pu contrôler par moi-même, à Paris et à Berlin. Mes visites répétées dans les nouveaux établissements d'hygiène, qui ressortissent à la Préfecture de la Seine, mon séjour à Berlin, où je fus officiellement délégué par M. le Préfet de la Seine, à l'époque du Congrès médical international, m'ont permis de recueillir un ensemble de faits et de documents, relatifs à la pratique de l'hygiène prophylactique dans une grande ville.

L'Administration est en mesure, avons-nous dit, de pratiquer la désinfection d'un local contaminé et des objets qui ont été souillés par un malade atteint d'une maladie infectieuse.

La *désinfection d'un local* est résolue différemment suivant les pays. En France, elle est assez compliquée. Nous avons encore recours aux fumigations sulfureuses. A cet effet, il convient de faire brûler une certaine quantité de fleur de soufre dans une pièce hermétiquement close (20 grammes environ de fleur de soufre pour un mètre cube) et d'abandonner ainsi cette pièce aux vapeurs sulfureuses, durant vingt-quatre heures. Il importe donc d'évacuer provisoirement le local (vingt-quatre heures) et de préserver tous les objets métalliques qui pourraient se ternir en les recouvrant d'une couche de vaseline. Il y a lieu d'observer que certains ouvriers n'ont qu'une chambre et qu'ils ne peuvent aisément l'abandonner durant un temps aussi long.

En Allemagne, en Autriche, en Russie, on a plus volontiers recours aux désinfectants liquides, au premier rang desquels il faut placer le sublimé au 100ᵉ et l'acide phénique au 100ᵉ.

A Berlin, la désinfection d'un immeuble est faite sur place par des personnes instruites et disciplinées. Les désinfecteurs mettent des bottes en toile imperméable et dont les semelles internes sont ultérieurement introduites, suivant le but proposé. Tantôt ces semelles sont en laine pour éviter le bruit; tantôt elles sont en bois, si l'intention est de monter sur une échelle. Ces mêmes désinfecteurs opèrent, avec une éponge immobilisée sur leur bouche et sur leur nez, et emploient l'acide phénique à 2 et 5 0/0, pour laver les murs, le parquet, le plafond, les

fenêtres. Pour cela faire, ils trempent un large et épais pinceau dans un seau rempli d'eau phéniquée, aspergent doucement les pans muraux, de sorte que l'eau humecte toute la muraille sans éclabousser les objets environnants. Quant aux tapis et aux tentures, ils sont nettoyés à l'aide de larges tranches de mie d'un pain spécial. Cette mie est épaisse, assez élastique, et, promenée sur les tentures, ramasse tous les détritus qui pourraient s'être déposés à leur surface. De cette façon tout est lavé et essuyé dans la pièce suspecte. Quant aux objets, ils sont emportés pour être désinfectés à l'étuve. J'oubliais de mentionner que les échelles des désinfecteurs présentent à leurs extrémités des tampons de caoutchouc et sont articulées. En somme, les désinfecteurs procèdent méthodiquement, sans bruit, ne doivent incommoder aucun voisin et ne doivent commettre aucune dégradation. Lorsqu'il s'agit d'un petit local à désinfecter, une seule boîte est suffisante et renferme tous les instruments nécessaires à cette opération.

La *désinfection des objets* (vêtements, literie, linge, couvertures, etc.) est absolue, lorsqu'on les soumet à l'action d'une chaleur excessive, incompatible avec la vitalité des microbes. Ce résultat incontestable s'obtient avec les étuves à vapeur sous pression, modèle Geneste et Herscher. Ces deux étuves peuvent supporter une température de 130 degrés; aussi, après quinze minutes de séjour à l'étuve, tous les objets ainsi traités peuvent-ils être regardés comme purifiés, c'est-à-dire débarrassés de tous les microbes pathogènes. Toutefois, deux précautions restent à prendre. Il faut avoir soin de laver au préalable tous les linges maculés, dans une solution de permanganate de potasse, afin de ne pas cuire les matières souillantes et de ne pas produire des taches indélébiles. Il faut également se garder de soumettre à l'étuve certains objets qui pourraient s'y détériorer, particulièrement les fourrures, les gants, les souliers, les cuirs, etc. Tous ces objets sont justiciables des fumigations de chlore et de l'acide sulfureux. Il serait donc utile d'installer une chambre pour la désinfection de ces objets spéciaux, et de choisir une pièce voisine de celle où se trouve installée une étuve à vapeur sous pression. Afin de produire un dégagement suffisant de chlore, on peut recourir à la formule de Regnault :

Chlorure de chaux sec.......	500	grammes.
Acide chlorhydrique........	1.000	—
Eau.......................	3.000	—

L'eau et l'acide sont d'abord mélangés dans une terrine, le chlorure de chaux est ensuite projeté dans le mélange; il se produit enfin un dégagement de chlore (45 litres environ).

A Berlin, l'établissement de désinfection publique de la ville est situé, 66, Reichenbergerstrasse et fonctionne depuis 1886. Il contient trois appareils Schemmel pour désinfection à vapeur, dans lesquels les objets devant être désinfectés sont exposés pendant trente-cinq minutes à une vapeur d'eau d'une température de plus de 100 degrés Celsius. Après chaque maladie infectieuse *que les médecins sont tenus de déclarer à la police*, une désinfection totale des linges, literies, ainsi que de la chambre et de son contenu, doit avoir lieu. La désinfection des linges, literies... a lieu dans l'établissement de désinfection.

Un second établissement de désinfection, également destiné à l'usage public, se trouve dans l'hôpital municipal de Moabit.

Un établissement de désinfection de réserve se trouve sur le terrain de l'asile municipal de nuit, et est destiné primitivement à servir en cas d'épidémie; celui-ci est toutefois employé jour et nuit pour la désinfection des pensionnaires, etc., de l'asile de nuit et de l'hospice des vieillards.

Si nous comparons ce qui se passe à Paris et à Berlin, nous remarquons que Berlin fonctionne, au point de vue de la désinfection, depuis plusieurs années, et agit d'une façon très efficace parce que *les médecins sont légalement obligés* de révéler tous les cas de maladies contagieuses qu'ils observent. A Paris, la désinfection est plus récente; toutefois, si le nombre des désinfections est trop restreint par rapport au nombre des maladies infectieuses, il faut en accuser notre législation actuelle, qui oblige le médecin de se retrancher derrière le secret professionnel et le contraint à se taire sur toutes ces maladies infectieuses qui n'apportent aucune tare dans une famille, mais qui sont susceptibles de contaminer plusieurs maisons et un nombre considérable de familles. Ces réserves faites, nous n'hésitons pas à proclamer la supériorité de nos appareils

de désinfection sur ceux des autres pays. Nous atteignons, avec les appareils Geneste et Herscher, le chiffre de 130 degrés, chiffre incompatible avec la vitalité des microbes et dans un temps très court, alors que dans les autres pays, notamment à Berlin, on se contente de 100 degrés. A Paris, la désinfection par la vapeur sous pression est aussi parfaite que possible.

Or les établissements dans lesquels se pratique la désinfection tendent à se généraliser. A l'heure présente, Paris est en mesure de faire toutes les désinfections sollicitées par le public et par les médecins. Avant peu, il est incontestable que les établissements d'hygiène prophylactique de la ville de Paris ne le céderont en rien aux établissements similaires des grandes villes d'Europe.

Dans cet exposé, je n'insiste pas sur une série de détails techniques, qui s'imposent dans tous les établissements de désinfection : la nécessité d'introduire les objets souillés par une porte spéciale et d'évacuer les mêmes objets purifiés par une porte indépendante; l'obligation de nettoyer d'une manière antiseptique tous les étuvistes, chaque fois qu'ils ont désinfecté un local, ou qu'ils se sont trouvés en contact avec des objets suspects (vêtement spécial pour le travail, lavages du visage et des mains avec une des solutions de sublimé ou de thymol au 1000me, etc., etc.).

Enfin, l'installation, dans deux des principaux arrondissements de Paris, de stations de voitures de transport pour les malades contagieux, restreint le champ de la contagion. Que de fois nous avons eu à déplorer cette cruelle nécessité de voir les voitures de place servir au transport de malades atteints de la diphtérie, de la variole..., et contribuer à véhiculer des germes de maladies infectieuses, semant ainsi la maladie d'une façon continuelle !

Les innovations que je viens de signaler (stations de la rue de Staël et de la rue de Chaligny) contribuent à préserver le public de germes dangereux pour sa santé, puisque les voitures publiques ne devraient servir en aucune circonstance au transport des malades.

3. **Sur les nouvelles institutions sanitaires de Paris. (Etuves à désinfection et voitures d'ambulance.) Premiers résultats obtenus. Statistiques.** (*Médecine moderne*, n° 52, décembre 1891, p. 834.)

Nous avons eu l'honneur d'être parmi les premiers à appeler l'attention du public médical sur les nouvelles institutions sanitaires de la ville de Paris et nous n'avons cessé de déplorer la confusion des pouvoirs, lorsqu'il s'agit d'appliquer les mesures propres à combattre l'extension des maladies infectieuses. Les nouvelles institutions sanitaires de la ville de Paris fonctionnent avec un budget spécial voté par le Conseil municipal de Paris et dépendent de la Préfecture de la Seine (Direction des affaires municipales). Ces nouvelles institutions marchent concurremment avec des institutions similaires, relevant de la Préfecture de police. Du côté de la Préfecture de police, nous trouvons des voitures d'ambulance pour les malades atteints d'une maladie contagieuse et nous sommes assurés de pouvoir faire désinfecter un local par le procédé du soufre. Du côté de la Préfecture de la Seine, nous disposons de voitures d'ambulance pour les transports des malades atteints d'une maladie contagieuse ou non contagieuse, et nous pouvons recourir aux étuves de désinfection pour détruire les germes morbides. Nous insisterons aujourd'hui sur les progrès réalisés en publiant les statistiques qui sont relatives aux diverses stations des voitures d'ambulance de la Préfecture de la Seine et aux différentes étuves de désinfection. Nous rappellerons que *les stations des voitures d'ambulance* se trouvent rue de Staël, 6, et rue de Chaligny, 21 ; nous rappellerons également que *les étuves de désinfection* fonctionnent rue du Château-des-Rentiers, 71, rue des Récollets, 6, et rue de Chaligny, 21. En examinant attentivement ces diverses statistiques, il est aisé de contrôler la marche progressivement prospère de toutes ces institutions et il est permis de croire que cette prospérité se signalera prochainement par une diminution du taux des maladies infectieuses avec toutes leurs conséquences.

Les voitures d'ambulance transportent tous les malades, soit à l'hôpital, soit à leur domicile, soit dans tout autre endroit préalablement

désigné. Ces voitures sont nombreuses : les unes servent aux malades atteints d'une maladie contagieuse ; les autres, aux malades atteints d'une maladie non contagieuse. En 1889, ces voitures ont transporté 66 malades, parmi lesquels se trouvaient 48 contagieux. En 1890, elles ont transporté 1.850 malades, parmi lesquels se trouvaient 577 contagieux. En 1891, jusqu'au 1er décembre, elles transportent 6.902 malades, parmi lesquels se trouvent 1.103 contagieux. Ces chiffres sont éloquents et proclament puissamment l'utilité de semblables innovations. A l'appui de ces résultats, je joins la statistique des opérations relevées dans les diverses stations de la rue de Staël et de la rue de Chaligny, durant les années 1889, 1890 et 1891 :

Statistique des opérations des stations de voitures d'ambulance pour le transport des malades (rue de Staël, 6 et rue de Chaligny, 21).

	STATION DE STAEL			STATION DE CHALIGNY			TOTAL
1889	Contag.	Non contag.	Total.	Contag.	Non contag.	Total.	GÉNÉRAL
Octobre	6	5	11	»	»	»	11
Novembre	26	10	36	»	»	»	36
Décembre	16	3	19	»	»	»	19
1890							
Janvier	24	295	319	»	»	»	319
Février	31	79	110	»	»	»	110
Mars	62	17	79	»	»	»	79
Avril	45	18	63	»	»	»	63
Mai	47	7	54	»	»	»	54
Juin	26	12	38	»	»	»	38
Juillet	39	18	57	25	14	39	96
Août	36	13	49	35	41	76	125
Septembre	27	21	48	15	19	34	82
Octobre	23	36	59	21	57	78	137
Novembre	22	97	119	28	119	147	266
Décembre	44	187	231	27	223	250	481
1891							
Janvier	61	354	415	27	199	226	641
Février	58	429	487	34	211	245	732
Mars	62	314	376	34	213	247	623
Avril	62	291	353	53	235	288	641
Mai	64	216	280	38	243	281	561
Juin	72	172	244	43	203	246	490
Juillet	59	316	375	75	286	361	736
Août	37	219	256	45	213	258	514
Septembre	39	224	263	34	180	214	477
Octobre	59	272	331	51	369	420	751
Novembre	45	325	370	51	315	366	736

J'arrive maintenant aux étuves à vapeur sous pression. Ces étuves

(système Geneste et Herscher) sont installées, 71, rue du Château-des-Rentiers ; 6, rue des Récollets ; 21, rue de Chaligny.

Leur fonctionnement est non moins prospère. En 1889, nous relevons 78 désinfections. En 1890, nous nous élevons au chiffre de 652. En 1891, enfin, nous atteignons un chiffre remarquablement plus élevé, soit 2.929 désinfections environ. En parcourant attentivement la statistique des études municipales, il est possible de se faire une idée juste des résultats acquis et de suivre, notamment pour l'établissement modèle de la rue des Récollets, la marche ascendante de la désinfection des objets souillés par les malades, le plus souvent atteints d'une maladie infectieuse. Dans ces diverses statistiques, nous omettons intentionnellement les chiffres relatifs aux blouses des employés des pompes funèbres. Ces blouses, au nombre de 7 à 800 environ, sont ainsi désinfectées à l'étuve tous les mois. En procédant de cette façon, nous ne révélons que les désinfections réclamées par les particuliers ou par divers établissements publics :

Statistique des étuves municipales de la Ville de Paris, depuis leur fondation (mai 1889) jusqu'au 1er décembre 1891.

	Rue du Château-des-Rentiers, 71.	Rue des Récollets, 6.	Rue de Chaligny, 21
Année 1889.....	78	»	»
— 1890.			
Janvier.........	30	»	»
Février.........	31	»	»
Mars............	32	»	»
Avril...........	29	»	»
Mai.............	49	»	»
Juin............	57	»	»
Juillet..........	63	»	»
Août............	45	1	»
Septembre......	51	8	»
Octobre.........	46	15	»
Novembre.......	63	26	»
Décembre.......	55	51	»
1891			
Janvier.........	33	63	»
Février.........	57	102	»
Mars............	34	148	»
Avril...........	37	174	85
Mai.............	56	158	71
Juin............	49	104	64
Juillet..........	»	170	36
Août............	»	225	27
Septembre......	103	227	14
Octobre.........	143	242	26
Novembre.......	183	274	24

La ville de Paris est aujourd'hui dotée d'établissements sanitaires qui assurent le transport des malades dans les hôpitaux et la désinfection des objets souillés par les malades atteints d'une maladie contagieuse, et des locaux habités par ces mêmes malades.

Le monde médical connaît et apprécie ces établissements prophylactiques, grâce au concours de la presse médicale ; le public, mieux renseigné sur ses devoirs et sur ses intérêts, tend à fréquenter de plus en plus ces mêmes établissements. Il y a donc lieu d'espérer, quel que soit le sort réservé à notre future législation sanitaire, que les premiers résultats obtenus se traduiront dans un avenir plus ou moins éloigné, par une diminution du chiffre des maladies infectieuses. Le médecin praticien, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, est seul capable de pratiquer la prophylaxie des maladies infectieuses, soit en prenant les mesures d'isolement que commandent de telles maladies, soit en assurant la désinfection de tous les objets, de tous les locaux qui ont été souillés par un malade, atteint d'une maladie contagieuse. Pour cela faire, les médecins de Paris peuvent s'adresser directement, 6, rue de Staël, et 21, rue de Chaligny, à l'effet d'obtenir gratuitement une voiture spéciale pour transporter leurs malades ; ils peuvent également s'adresser à la mairie de leur arrondissement, au commissaire de police de leur quartier, à tous les établissements enfin qui appartiennent à la Préfecture de la Seine. Il en est de même de la désinfection des objets et des locaux : les médecins peuvent s'adresser directement, 71, rue du Château-des-Rentiers ; 6, rue des Récollets ; 21, rue de Chaligny, ou dans les divers endroits que nous venons de signaler à l'occasion des voitures de transport.

4. **Relation de l'épidémie cholérique qui a sévi dans les prisons de Paris, durant l'année 1884.** (*Mémoire adressé à l'Académie de Médecine*, **1888**.)

5. Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Lormes (département de la Nièvre) en 1890. Recherches bactériologiques. Présence du bacille d'Eberth dans les eaux potables. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, Déc. 1891.)

L'eau incriminée provenait d'une petite rivière, l'Auxois, qui traverse la commune de Lormes, et dans laquelle sont jetées toutes les déjections des habitants malades ou non, et sont lavés tous les linges de ces mêmes habitants. Les recherches bactériologiques ont été faites suivant le procédé de Vincent, et ont permis d'isoler un bacille qui présentait tous les caractères et toutes les réactions actuellement reconnus au bacille d'Eberth.

6. La Législation sanitaire à Londres. (*Médecine Moderne*, n° 34, p. 617 ; n° 35, p. 631 ; n° 41, p. 710, n° 42, p. 137. 1891.)

Dans une série d'articles, j'ai envisagé la nouvelle loi sanitaire qui venait d'être promulguée à Londres, en 1891 ; j'ai étudié la récente réglementation de l'hygiène sanitaire à Londres à l'occasion du « bill » qui constituait un véritable code sanitaire, une puissante loi de salut public. J'ai insisté sur les principales mesures prophylactiques contre les maladies infectieuses, sur la déclaration des maladies contagieuses, sur l'inspection des laiteries et du lait, sur les dépôts mortuaires, et j'ai précisé l'importance des pénalités encourues pour chaque contravention aux lois locales.

7. De la crémation à Paris. (*Médecine Moderne*, n° 103, p. 1247. 1893.)

Dans cet article, j'ai exposé l'état actuel de la crémation à Paris, en insistant sur le monument crématoire du cimetière de l'Est, sur les appareils d'incinération, sur le columbarium. Ce monument fut inauguré le 15 décembre 1887 ; à cette époque, il était pourvu d'un appareil Gorini, conforme au modèle qui fonctionne à Milan. L'appareil Gorini

souleva de vives critiques ; le temps nécessaire pour obtenir une incinération était, en effet, trop prolongé (une heure trois quarts à deux heures), surtout si l'on songe que les débris des hôpitaux (2.000 à 2.500 corps par an) doivent être incinérés. L'administration de la Préfecture de la Seine adopta alors un appareil au gaz avec récupérateur qui fut construit par MM. Toisoul et Fradet, et inauguré le 5 août 1889. Grâce à cet appareil, les incinérations peuvent s'effectuer en une heure et un quart, et la dépense du combustible ne s'élève pas à plus de 3 francs par opération, au lieu de 20 à 25 francs. Un appareil, plus perfectionné que le précédent, a été construit par M. Fichet et inauguré le 19 janvier 1891 ; il permet de procéder à une incinération en une heure. Cet appareil se compose, comme le précédent, d'un gazogène produisant de l'oxyde de carbone et d'un récupérateur fournissant de l'air chaud à la chambre voûtée dans laquelle s'effectue l'incinération. Ici, l'oxyde de carbone ne sert qu'à chauffer le récupérateur et la combustion du cadavre s'opère par l'air chaud seul, grâce au volume considérable du récupérateur, bien que selon les besoins on puisse envoyer dans le four du gaz aussi bien que de l'air. Les corps sont incinérés en cinquante ou cinquante-cinq minutes, mais la dépense du combustible est un peu plus élevée (18 hectolitres de coke au lieu de 14 avec l'appareil Toisoul et Fradet). Le columbarium, établi en 1891, contenait 354 cases. Cet exposé de la crémation à Paris était accompagné de la statistique des incinérations effectuées depuis 1889 jusqu'au 31 octobre 1893. A cette date, 613 incinérations seulement avaient été reclamées par les familles durant une période de cinq ans. Il été déjà aisé de se convaincre que la pratique de la crémation ne tendait pas à se généraliser, malgré tous les perfectionnements apportés dans les appareils crématoires.

8. Sur le licenciement des écoles en cas d'épidémie. (*Compte rendu des séances du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, p. 299. 1896.)

Dans ce rapport, je me suis attaché à combattre le licenciement prématuré d'une école communale et à rappeler les mesures prophylac-

tiques les plus élémentaires, les plus rationnelles pour enrayer une épidémie naissante de rougeole, de varicelle ou de coqueluche. Le licenciement d'une école ne s'impose pas, lorsqu'on se trouve en présence de quelques cas de rougeole, de varicelle ou de coqueluche, à la condition que le directeur de l'école veille à ce que ses élèves soient bien portants, lorsqu'ils arrivent à la classe ; il a le devoir étroit d'éloigner ceux qui présentent le moindre malaise et d'exiger qu'ils soient soumis à une surveillance médicale ; il doit enfin ne leur ouvrir la porte de l'école que le jour où ils s'y présenteront, munis d'un certificat de bonne santé. Si un enfant a été atteint de la rougeole, les maîtres et les maîtresses de l'école, à laquelle appartient l'enfant malade, devront systématiquement éloigner de cette école tous les enfants qui présenteront le moindre rhume, surtout lorsque ce rhume s'accompagne de coryza, de larmoiement avec ou sans fièvre. Cette surveillance s'exercera durant seize jours en moyenne. Quant à l'enfant atteint de la rougeole, il restera éloigné de l'école durant un temps égal, c'est-à-dire pendant seize jours.

A l'occasion de la varicelle, l'apparition du moindre bouton ou d'une bulle, sur la figure ou sur les mains, nécessitera le renvoi de l'élève et un examen médical immédiat. Ici la surveillance de l'école s'impose pendant une période des plus variables, que nous pouvons évaluer à vingt-cinq jours en moyenne.

Pour la coqueluche, nous conseillerons l'éloignement, tout au moins momentané, des enfants qui présenteront de la toux. Si cette toux est passagère, non quinteuse, non suivie de la reprise caractéristique, l'enfant, muni d'un certificat constatant sa guérison, pourra retourner à l'école sans être nuisible pour ses camarades. Quant à l'enfant, réellement atteint de la coqueluche, la durée de son éloignement est indéterminée et peut être de plusieurs semaines, de plusieurs mois. Il est prudent d'imposer l'isolement quelque temps après la cessation absolue des quintes.

La surveillance des enfants bien portants doit être plus rigoureuse en temps d'épidémie, de façon à évincer les malades dès l'apparition du mal. Cette surveillance devrait être confiée à un médecin-inspecteur, lequel assumerait la responsabilité des mesures à prendre, évictions individuelles, licenciement et désinfection.

9. **Sur quelques cas de variole à Paris.** (*Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, page 253. 1897.)

Ce rapport précise l'existence d'un foyer épidémique de variole, rue Lacaille, dans un logement mal tenu, malpropre : il révèle le transport du germe variolique par des linges propres, et démontre l'utilité des vaccinations préventives, si cette utilité pouvait encore être mise en doute. Ce foyer épidémique a frappé sept personnes, dont deux enfants qui, non vaccinés, succombent à la variole.

10. **Projet d'installation de crachoirs hygiéniques dans les postes de police.** (*Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, page 108, 1899.)

Les gardiens de la paix comprennent 6.000 hommes environ.

Les postes de police sont nombreux. 80 à 90.

Le gardien de la paix est un homme sain, valide; il fait 8 heures de service sur 24; il a un métier pénible et se trouve exposé à toutes les intempéries des saisons. Il n'échappe pas à la tuberculose, ainsi qu'il est aisé de s'en rendre compte par les tableaux suivants :

I. — État numérique des gardiens de la paix décédés par suite de tuberculose pendant les années ci-après :

1896	15
1897	18
1898	11

II. — Etat numérique des gardiens de la paix réformés pour cause de tuberculose pendant les mêmes années :

1896	14
1897	19
1898	23

Lorsque les gardiens de la paix sont réunis dans les postes de police, ils fument et crachent sur le sol, presque sans discontinuer. Les crachats

se dessèchent et sont ensuite balayés, d'où un danger facile à concevoir. Afin de remédier à une situation aussi dangereuse, il faut imposer une consigne sévère et exiger que les gardiens de la paix n'aient plus le droit de cracher sur le sol des postes de police, il faut les obliger de cracher dans des crachoirs spéciaux, à support mobile pour les grands postes, à support fixe pour les petits. Ces crachoirs pourraient être semblables à ceux qui sont adoptés dans les hôpitaux de Paris. Cette innovation, dans les postes de police, serait excellente, car elle constituerait tout à la fois une mesure prophylactique des plus utiles et un exemple; elle pourrait se généraliser à la Préfecture de police, dans toutes les administrations de l'État, du département et de la Ville de Paris.

Les conclusions de mon travail ont été adoptées par le Conseil d'Hygiène. Depuis cette époque, les postes de police et la Préfecture de police sont pourvus de crachoirs hygiéniques.

11. Battage et cardage des matelas sur la voie publique. (*Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, page 289, 1900.)

Dans ce rapport je me suis occupé de la pratique du battage et du cardage des matelas dans tous les endroits publics, et j'ai exprimé le souhait que les matelas, ayant appartenu à des malades, soient toujours désinfectés, avant d'être livrés au battage ou au cardage.

A Paris, conformément à l'article 109 de l'ordonnance de police du 25 juillet 1862, il est interdit de carder des matelas et de battre de la laine ou du crin sur la voie publique ; s'il n'existe ni cour, ni passage de porte-cochère pour ce travail, le commissaire de police du quartier pourra le tolérer sur un point de la voie publique qu'il désignera. Cette ordonnance n'étant applicable qu'à Paris, il y avait lieu d'inviter les maires des communes de la banlieue de Paris à prendre des arrêtés, pour rendre applicable, chez eux, l'article 109 de l'ordonnance de police du 25 juillet 1862.

Mes conclusions ont été adoptées par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine.

12. **Prescriptions à imposer aux dépôts de chiffons de faible importance.** (*Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, page 158, 1901.)

Chargé par M. le Préfet de police d'examiner les réclamations de la Chambre syndicale du commerce du chiffonnage parisien, concernant les conditions généralement imposées aux dépôts de chiffons de faible importance, j'ai rédigé un rapport détaillé sur cette industrie et j'ai conclu à une nouvelle réglementation des dépôts de chiffons de petite importance. Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a bien voulu adopter les conclusions suivantes de mon rapport :

1° Le sol des dépôts devra être imperméable (bitumé, cimenté ou pavé), il sera toujours entretenu en bon état ;

2° Tous les bois apparents seront revêtus de plâtre, afin de diminuer les dangers d'incendie et d'éviter qu'ils ne s'imprègnent d'odeurs. Un lavage des murs, à l'aide du lait, fait avec de la chaux vive à 4 0/0 (1), aura lieu deux fois par an, en mai et septembre ;

3° On ne recevra pas les peaux de lapins fraîches ;

4° Les os seront déposés, dès leur reception, soit dans un récipient métallique clos, soit dans une chambre ou réduit spécial avec sol imperméable et murs cimentés ;

5° Cette chambre à os, toujours maintenue fermée, sera largement aérée par un ventilateur s'élevant à une hauteur à déterminer suivant la disposition des lieux et l'importance de l'établissement. La porte de cette chambre sera en fer ou en bois revêtu de tôle intérieurement ;

6° Ces os seront enlevés régulièrement chaque jour, de préférence le matin, quelle que soit la quantité ;

7° Après chaque enlèvement, la chambre aux os, murs et plafond,

(1) « ... Quant au badigeonnage à la chaux, il conviendra d'exiger que cette opération soit bien faite au moyen de *chaux vive*, que l'on éteint préalablement et que l'on délaie ensuite dans l'eau en l'additionnant d'alcali, d'alun ou d'autres substances qui permettent de lui faire prendre corps avec l'eau, et non au moyen d'un badigeonnage à la colle additionnée de carbonate de chaux ou de blanc de Meudon... » (Voir rapport de M. Bunel, *Compte rendu de l'année 1897*, p. 66.)

sera nettoyée et désinfectée ; elle sera passée fréquemment au lait de chaux vive ;

8° La quantité maximum d'os ne devra jamais dépasser un mètre cube ;

9° Les dépôts de chiffons seront munis de châssis ou d'ouvertures permettant une large ventilation. Pendant la saison fraîche, ces châssis pourront n'être ouverts qu'à de certains moments, mais ils devront l'être assez fréquemment pour assurer l'aération des locaux ;

10° Les dépôts devront être munis d'une conduite d'eau en pression ou d'une provision d'eau proportionnée à leur importance.

13. **Au sujet du biberon à tube. Ses inconvénients. Ses dangers. Moyens d'y remédier.** (*Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, page 166, 1901.)

Dans ce rapport, j'insiste sur les inconvénients, sur le danger de l'emploi du biberon à tube. Tout le monde connaît ce biberon compliqué, avec son tube plongeur en verre et son tube extérieur, toujours en caoutchouc et d'une longueur de 15 à 20 centimètres ; ce biberon infanticide est universellement condamné, parce qu'il est d'un nettoyage difficile, sinon impossible, parce qu'il devient fatalement un foyer d'infection et altère les qualités du lait le plus pur. L'emploi de ce biberon engendre les troubles gastro-intestinaux les plus graves et ne cesse de causer la mort d'un trop grand nombre de nouveau-nés. Si l'autorité est désarmée pour mettre un terme à un semblable abus, il faut souhaiter qu'une loi intervienne et lui permette d'agir vite et énergiquement.

14. **Sur l'opportunité de l'application dans le département de la Seine de l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874.** (*Rapport présenté au Comité supérieur de protection des enfants du premier âge*, le 3 juillet 1901.)

Conformément à la loi du 23 décembre 1874, toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certi-

ficat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant, et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme, remplissant les conditions qui seront déterminées par le règlement d'administration publique prescrit par l'article 12 de la présente loi.

Cette prescription légale est souvent négligée, non seulement par les intéressées, mais aussi par les maires.

Dans le département de la Seine, la loi n'a jamais été appliquée, parce qu'elle soulevait de nombreuses protestations.

Mon rapport, dont les conclusions ont été adoptées par le Comité supérieur de protection du 1er âge, envisage et commente toutes les objections présentées contre la pratique de la nouvelle loi et insiste sur la nécessité d'appliquer la loi du 23 décembre 1874.

15. **Empoisonnement par l'acide phénique résultant de méprise** (48 grammes d'acide phénique). **Mort en dix minutes. Autopsie.** (*Bulletin de la Société anatomique*, 1885.)

Homme de 32 ans, détenu à la prison de la Santé.

Cet homme avale par mégarde 60 grammes environ de la solution concentrée d'acide phénique dans de l'alcool; or, cette solution est au 4/5me; autrement dit, 100 volumes de cette solution renferment 80 grammes d'acide phénique. Il en résulte que cet homme a avalé au minimum 48 grammes d'acide phénique. Dix minutes se sont écoulées entre le moment où cet homme a avalé le liquide toxique et le moment où il est mort. Les symptômes suivants furent observés : facies pâle, tiré; yeux excavés; refroidissement des extrémités; sueur profuse, abondante; respiration stertoreuse, ralentie ; pouls imperceptible ; coma absolu; absence de vomissements, de convulsions. Autopsie: aucune ulcération sur la muqueuse de la bouche (notre malade avait introduit profondément dans sa bouche le goulot de la bouteille). La partie postérieure de la langue, les amygdales, le larynx, quelques points de la muqueuse de la trachée, l'œsophage, l'estomac, le duodénum, le jéjunum, présentaient une coloration grisâtre, argentée, brillante, due à l'action de l'acide phénique.

Le nombre des empoisonnements par l'acide phénique est très restreint. Il n'existerait, d'après Chapuis, que dix empoisonnements résultant de méprises et trois de suicides.

Un seul empoisonnement criminel a été rapporté par Scherer.

II

MÉDECINE INFANTILE

ROUGEOLE

16. **Examen bactériologique du sang dans la rougeole.** (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, p. 374, 1892.)

Le *Berliner Klinische Wochenschrift* du 18 avril 1892 renfermait un travail dans lequel Canon et Pielicke annonçaient la découverte d'un bacille spécifique de la rougeole. Ce travail reposait sur l'examen du sang de 14 rubéoleux, à diverses périodes de la maladie. Dans tous ces cas, le sang renfermait un seul et même bacille. La technique employée pour mettre cet organisme en évidence est à peu près celle que Canon a déjà indiquée pour la recherche du bacille de la grippe.

Le sang est étalé en couche très mince à la surface de lamelles qu'on sèche, qu'on fixe en les passant dans la flamme, et qu'on immerge dans l'alcool absolu pendant cinq à dix minutes. On les dépose ensuite, pendant six à douze heures, dans le liquide ci-après, qu'on maintient à la température de 37° :

Solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène............	4	parties
Solution de 25 centigrammes d'éosine dans 100 gr. d'alcool à 70°	2	—
Eau distillée...	4	—

Les lamelles, soigneusement lavées, sont séchées et montées dans le baume.

Les dimensions des bacilles observés par Canon et Pielicke sont telles

que la constatation de leur présence ne doit pas offrir de difficultés réelles.

Faisant une suppléance à l'hôpital des Enfants-Malades, j'en ai profité pour chercher à vérifier les faits annoncés par Canon et Pielicke.

Mes recherches ont porté sur vingt-quatre enfants, atteints de la rougeole, en pleine éruption, et dont la plupart avaient une température très élevée, ainsi qu'on peut en juger par les indications sommaires qui vont suivre :

1.	Garçon,	18 mois,	éruption au	2e jour,	temp. rectale :	40°,5
2.	—	25 mois,	—	1er jour,	—	38°,2
3.	—	3 ans,	—	2e jour,	—	39°,8
4.	—	10 mois,	—	4e jour,	—	38°,2
5.	Fille,	10 ans,	—	1er jour,	—	38°,6
6.	Garçon,	2 ans,	—	6e jour, avec broncho-pneumonie,	temp. rectale :	39°,2
7.	Fille,	3 ans,	—	2e jour,	—	39°,2
8.	—	2 ans,	—	1er jour,	—	38°,8
9.	—	2 ans,	—	3e jour,	—	39°,4
10.	Garçon,	5 ans,	—	2e jour,	—	39°,0
11.	—	4 ans,	—	2e jour,	—	39°,0
12.	—	2 ans 1/2,	—	1er jour,	—	39°,5
13.	Fille,	4 ans,	—	3e jour,	—	38°,5
14.	—	6 ans,	—	1er jour,	—	40°,5
15.	—	22 mois,	—	4e jour, avec broncho-pneumonie,	temp. rectale :	39°,8
16.	Fille	2 ans, 1/2	—	2e jour,	—	39°,6
17.	—	3 ans,	—	3e jour, avec broncho-pneumonie,	temp. rectale :	39°,7
18.	Garçon,	3 ans 1/2,	—	1er jour,	—	40°,2
19.	—	3 ans 1/2,	—	1er jour,	—	39°,4
20.	—	3 ans,	invasion au	3e jour,	—	40°,2
21.	—	9 ans,	éruption au	1er jour,	—	40°,5
22.	Fille	14 mois,	—	1er jour,	—	39°,2
23.	—	8 ans,	—	2e jour,	—	39°,2
24.	—	3 ans,	—	1er jour,	—	39°,4

Le sang, ainsi obtenu, fut examiné, à l'état frais, et après coloration, suivant la technique de Canon. Les lamelles séchées, fixées par la flamme et par l'alcool absolu, séjournèrent dans le liquide colorant, à 38 degrés, en chambre humide, pendant un temps variable de 8 heures à 15 heures. Dans aucun des cas observés, l'examen minutieux et pro-

longé du sang, soit à l'état frais, soit après coloration, n'a permis de constater la présence du bacille de Canon et Pielicke, ou d'aucun autre microbe.

Pour quelques-uns de nos petits malades, le sang, recueilli purement, a été ensemencé dans différents milieux de culture (bouillon, lait, gélose simple, sucrée ou glycérinée, gélatine peptone, pomme de terre). Tous ces ensemencements sont demeurés stériles.

Le résultat entièrement négatif de mes recherches, qui portent sur 24 enfants, atteints de la rougeole, permet au moins d'émettre des doutes sur le rôle spécifique, attribué par Canon et Pielicke au bacille qu'ils ont décrit.

17. **Recherches expérimentales sur la transmissibilité de la rougeole aux animaux.** (*Communication faite à l'Académie de Médecine*, le 8 mars 1898.)

On ne discute plus la contagion de la rougeole de l'homme à l'homme ; mais sa transmissibilité aux animaux n'a pas encore été établie d'une façon certaine. Les anciens auteurs, il est vrai, sont très affirmatifs sur l'existence de la rougeole chez les animaux. Je ne rappellerai pas tous les travaux qui ont été publiés sur cette question. Je me bornerai à dire que les ouvrages vétérinaires les plus récents ne font pas mention de la rougeole chez les animaux domestiques, ou s'ils en parlent, c'est pour dire, avec Friedberger et Froehner, que les descriptions des anciens auteurs se rapportent à des exanthèmes de nature variée, n'ayant rien de commum avec la rougeole de l'homme.

La rougeole ne frappe donc pas spontanément les animaux. — Pourrait-elle leur être transmise expérimentalement ?

Dans un travail récent, Behla essaye de résoudre la question : l'inoculation du mucus nasal d'enfants en pleine éruption ne donne aucun résultat sur le cobaye, le lapin, le chat, la souris, le mouton, le chien. Au contraire, Behla aurait obtenu des résultats décisifs chez le cochon de lait, en lui badigeonnant la bouche et les narines avec du mucus nasal provenant d'un enfant en pleine éruption de rougeole.

Quatre jours après, l'animal aurait présenté du catarrhe nasal et de la rougeur des conjonctives. En même temps, il était abattu et fiévreux : 39°4. Vers le huitième jour, le porcelet avait une éruption qui, en 24 heures, se généralisa sur tout le corps. Cette éruption avait tous les caractères de l'éruption de la rougeole et fut suivie d'une légère desquamation.

En outre, deux cochons adultes se seraient contagionnés au contact du malade et auraient présenté une éruption tout à fait semblable. Enfin Behla ne semble pas douter que ces trois cochons aient eu la rougeole.

Plus récemment encore, au mois de février 1897, M. le docteur Chavigny, médecin aide-major de 1re classe, communiquait à l'Académie un cas de rougeole chez le singe ; son travail, qui a été renvoyé à la commission des épidémies, est encore inédit.

Chargé, durant l'année 1897, de diriger le pavillon de la rougeole à l'hôpital Trousseau, je me suis proposé de reprendre la question de la contagion de la rougeole aux animaux, et en particulier de contrôler les faits avancés par Behla et par M. Chavigny.

Ce sont ces faits expérimentaux que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'attention de l'Académie.

I. — Expériences sur les Porcs.

Toutes ces expériences ont été faites à l'Ecole d'Alfort dans le service du professeur Nocard, car nous ne pouvions songer à introduire à l'hôpital Trousseau des animaux de ce genre, difficiles à manier et trop bruyants. D'une façon générale, nos expériences ont consisté à badigeonner les narines, la bouche, la gorge, la muqueuse des conjonctives, avec des pinceaux stérilisés et imprégnés de mucus recueilli dans la gorge d'enfants atteints de la rougeole, en pleine éruption. Il ne s'écoulait pas une heure entre la récolte du mucus et son dépôt sur les muqueuses des animaux mis en expérience.

Première expérience : *Porcelet n° 1 (2 mois)*, 13 février 1897.

Frictions sur la muqueuse conjonctivale de l'œil droit avec un pinceau

imprégné du mucus conjonctival d'un enfant atteint de rougeole, au 5e jour d'une éruption exceptionnellement confluente ;

Frictions énergiques dans les deux narines et sur la muqueuse de la bouche avec un pinceau imprégné du mucus de la gorge du même enfant.

Deuxième expérience : *Porcelet n° 3 (2 mois)*, 13 février 1897.

Frictions énergiques dans les deux narines et sur la muqueuse de la bouche avec un pinceau imprégné du mucus de la gorge d'un enfant atteint de la rougeole, au 3e jour de l'éruption.

Troisième expérience : *Porcelet n° 5 (2 mois)*, 18 février 1897.

Frictions énergiques sur la muqueuse conjonctivale, dans les narines et sur la muqueuse de la bouche avec un pinceau imprégné du mucus de la gorge d'un enfant atteint de la rougeole, au 1er jour de l'éruption, accusant 40°.

Quatrième expérience : *Porcelet n° 6 (2 mois)*, 18 février 1897.

Frictions énergiques sur la muqueuse conjonctivale, dans les narines et sur la muqueuse de la bouche, avec des pinceaux imprégnés du mucus recueilli sur les conjonctives, dans les narines et sur la gorge d'un enfant atteint de la rougeole en pleine éruption, ayant du larmoiement et un coryza muco-purulent léger.

Cinquième expérience : *Porcelet n° 2 (2 mois)*, 21 février 1897.

Frictions énergiques sur la muqueuse conjonctivale, dans les narines et sur la muqueuse de la bouche, avec des pinceaux imprégnés du mucus de la gorge et du nez d'un enfant au 3e jour d'une éruption confluente, accusant 39°4.

Sixième expérience : *Porcelet n° 4 (2 mois)*, 21 février 1897).

Frictions énergiques sur la muqueuse conjonctivale, dans les narines et sur la muqueuse de la bouche, avec des pinceaux imprégnés du mucus de la gorge et du nez d'un enfant, au 2e jour d'une éruption de rougeole, accusant 38°6.

Septième expérience : *Porcelet n° 1 (3 mois)*, 19 mars 1897.

Trois pinceaux imprégnés de muco-pus nasal, deux pinceaux imprégnés de mucus de la gorge et deux pinceaux imprégnés de muco-pus conjonctival, provenant d'un enfant au 3e jour d'une éruption confluente, ayant un coryza muco-purulent abondant, une conjonctivite double exsudative, fibrino-purulente, accusant 39°2; tous ces pinceaux, dis-je, sont exprimés dans du bouillon stérilisé, lequel est inoculé sous la peau du porcelet n° 1.

Huitième expérience : *Porcelet n° 3 (3 mois)*, 20 mars 1897.

Trois pinceaux imprégnés de mucus nasal et trois pinceaux imprégnés de mucus de la gorge sont exprimés dans du bouillon stérilisé, lequel est inoculé sous la peau du porcelet n° 3. Le mucus provient d'un enfant au deuxième jour d'une éruption de rougeole.

Neuvième expérience : *Porcelet n° 7 (20 jours)*, 13 avril 1897.

Frictions énergiques sur la muqueuse conjonctivale, dans les narines, et sur

la muqueuse de la gorge avec des pinceaux imprégnés du mucus de la gorge d'un enfant au 2e jour d'une éruption de rougeole.

Mêmes frictions avec des pinceaux imprégnés du mucus de la gorge et du nez d'un enfant au 1er jour d'une éruption de rougeole.

DIXIÈME EXPÉRIENCE : *Porcelet n° 8 (20 jours)*, 13 avril 1897.

Frictions sur la muqueuse conjonctivale, dans les narines et sur la muqueuse de la gorge, avec des pinceaux imprégnés de mucus de la gorge et du nez, recueilli sur un enfant au 2e jour d'une éruption de rougeole.

Mêmes frictions avec des pinceaux imprégnés de mucus de la gorge, recueilli sur un enfant au 3e jour d'une éruption de rougeole.

Les expériences que j'ai faites sur les porcs ont toutes été négatives.

Nous nous sommes cependant placé dans des conditions identiques à celles que rapporte Behla; nous avons multiplié les inoculations sur des porcs de différents âges, sans pouvoir provoquer la moindre réaction fébrile, le moindre exanthème.

Aussi, sans nier les faits rapportés par Behla, nous sommes en droit de nous demander si les phénomènes qu'il a observés chez son cochon de lait se rapportent bien à la rougeole, ou s'il ne s'agit pas au contraire de l'une de ces maladies éruptives qui sont si fréquentes chez le porc, et encore si mal connues.

II. — Expériences sur le Singe.

Premier singe : Sajou capucin.

Ce singe est installé dans une cage au milieu des malades dans le pavillon de la rougeole, à l'hôpital Trousseau, le 4 mai 1897; il présente sur la région lombaire une petite plaie occasionnée par sa ceinture d'attache.

Le 9 *mai*, on lui badigeonne la bouche, la gorge et les narines avec trois pinceaux, qui préalablement ont été promenés sur la gorge d'un enfant, âgé de vingt mois, au 2e jour d'une éruption de rougeole très intense. Ces pinceaux étaient stérilisés.

Du 9 *mai* au 5 *juin*, le singe ne présente rien d'anormal.

Le 5 *juin*, apparition de quelques points rouges sur le visage, sans coryza, sans larmoiement; depuis quelques jours, il semble que l'animal mange moins.

Le 6 *juin*, érythème maculeux, lenticulaire, sur le visage et les membres;

absence de coryza, mais le singe éternue de temps en temps. Les conjonctives ne sont pas injectées; soif intense : l'animal qui boit d'ordinaire 250 grammes de lait a consommé un litre de lait. Diarrhée verte, persistante depuis l'arrivée du singe. Tendance à l'assoupissement.

Température rectale le matin : 40°1 ; le soir : 41°2.

Le 7 *juin*, le singe est pelotonné dans un coin de sa cage, se plaint de temps en temps, allonge ses pattes de devant et de derrière, mais ne présente ni jetage, ni injection des conjonctives. L'érythème du visage discret est d'un rouge moins vif. Pas d'exanthème : la voûte palatine ne présente aucun piqueté. La soif persiste intense.

Température le matin : 39°5; le soir : 40°2.

Le 8 *juin*, l'animal éternue de temps en temps, mais ne tousse pas. La soif est intense.

Diarrhée verte persistante. L'érythème du visage pâlit et est caractérisé par un pointillé rouge violacé. Température le matin : 39°4. Dans la journée, le singe est triste et immobile dans sa cage. Dans l'après-midi également, à deux reprises différentes, il présente des convulsions des quatre membres et des yeux; chaque attaque convulsive dure cinq à six minutes et est suivie d'une véritable torpeur. Température vespérale : 40°9.

Le 9 *juin*, l'érythème de plus en plus pâle sur le visage a disparu sur les membres. Le singe semble subir de vives démangeaisons, car il ne cesse de se gratter. Soif intense. Cessation de la diarrhée. Température, le matin : 39°9; le soir 40°4.

Le 10 *juin*, l'animal est moins triste; et, pour la première fois, depuis le début de sa fièvre éruptive mange du biscuit et quelques noisettes. L'érythème du corps, des membres a complètement disparu, celui du visage est à peine sensible. Légère desquamation furfuracée sur le front.

Température, le matin 39°6 ; le soir, 40°6.

Le 11 *juin*, l'érythème a totalement disparu ; mais la plaie que le singe présente sur son dos et qu'il ne cesse d'irriter, donne lieu à une petite hémorragie. Fièvre persistante.

Température, le matin : 40°4; le soir : 41°.

Le 12 *juin*, le singe mange et boit comme d'habitude et la température tombe à 38°5.

Les jours suivants, l'animal accuse une température oscillant entre 38° et 39° et due à l'état de sa plaie qui, ne pouvant être pansée, est badigeonnée avec de la glycérine à l'acide thymique.

En résumé, ce singe dont les muqueuses de la gorge et du nez ont été badigeonnées avec du mucus provenant de la gorge d'un enfant en pleine éruption de rougeole, et qui n'a cessé de vivre au milieu d'enfants atteints de la rougeole, a présenté une fièvre éruptive ayant tous les

symptômes et signes de la rougeole. Cette fièvre éruptive s'est révélée 32 jours après l'installation du singe dans le pavillon de la rougeole, 27 jours après les badigeonnages de la gorge et du nez.

L'éruption a duré 5 jours environ et a été suivie d'une légère desquamation furfuracée. La température rectale a oscillé, durant la période d'éruption, entre 39°4 et 41°.

Deuxième singe : Macaque.

Le 26 *juin* 1897, je badigeonne la gorge, les fosses nasales, les conjonctives du macaque avec des pinceaux stérilisés qui ont été préalablement promenés sur la gorge, les conjonctives et dans les fosses nasales d'un enfant atteint de la rougeole, au 2e jour de l'éruption, présentant un érythème papuleux généralisé et une rougeur diffuse de la gorge.

L'animal ne séjourne pas un seul instant dans la salle des rougeoleux et est immédiatement, après l'expérience, transporté à l'École d'Alfort, dans le service de M. le professeur Nocard. Ce singe n'a jamais été malade.

Troisième singe : Macaque.

Le 26 *juin* 1897, nous injectons à ce singe un demi-centimètre cube de sang provenant d'un enfant en pleine éruption de la rougeole, au 3e jour, et dont la température accuse 39° ; après l'injection, l'animal est transporté à l'École d'Alfort. Ce singe n'a jamais été malade.

Quatrième singe : Macaque.

Le 21 *juillet* 1897, j'injecte avee une seringue de Pravaz, privée de son aiguille, du mueus nasal dans les fosses nasales du singe. Ce mucus nasal provient d'un enfant, au 2e jour d'une éruption de rougeole ayant 39°4 et présentant un coryza séreux assez abondant. La gorge du singe est badigeonnée avec un pinceau imprégné de mucus recueilli dans la gorge du même enfant. En pratiquant ce badigeonnage, la muqueuse de la gorge du singe a dû être entamée, car le tampon de ouate est teinté de sang.

Les yeux du singe ont été également badigeonnés avec un pinceau imprégné des larmes de ce même enfant.

Ce maeaque, immédiatement transporté à l'École d'Alfort, n'a jamais été malade.

Cinquième singe : Macaque.

Le 21 *juillet* 1897, ce cinquième singe reçoit, en injection sous-cutanée, un mélange d'un demi-centimètre cube de sérum artificiel et d'un demi-centimètre cube de sang. Le sang provient du même enfant qui a servi pour les badigeonnages du quatrième singe.

Ce singe inoculé a été transporté le même jour à l'École d'Alfort et n'a jamais été malade.

Sixième singe : Sajou robustus.

Le 10 *novembre* 1897, je badigeonne les narines et la gorge de ce singe avec des pinceaux qui ont été préalablement promenés dans les fosses nasales et sur la gorge d'un enfant, au premier jour d'une éruption de rougeole, ayant 39° et ne présentant pas de coryza.

Ce singe est immédiatement transporté à l'école d'Alfort, sans avoir séjourné dans le pavillon de la rougeole à aucun moment.

Le 23 *novembre*, le singe, difficile à manier, assez méchant, semble plus excité que d'habitude et cherche à mordre; il a les deux yeux brillants. La face, un peu vultueuse, paraît congestionnée malgré le pigment. Il existe, autour des yeux et sur la face, de petites taches rouges, mal délimitées. Rien sur le tronc, sur les membres, aux aines. La température s'élève à 39°4.

Le 24 *novembre*, même état, mais les rougeurs sont très atténuées.

Le 25, tout a disparu.

En résumé, ce singe sajou robustus a présenté 13 jours après les badigeonnages une éruption fébrile de courte durée, ainsi que cela s'observe dans la rougeole.

Septième singe : Sajou robustus.

Ce singe est installé dans le pavillon de la rougeole, au milieu des enfants, le 18 novembre 1897; comme il était couvert de vermine, on lui fait de nombreux lavages avec de l'eau phéniquée au 1/40°, puis avec de l'eau boriquée tiède, et on lui saupoudre la peau avec de la poudre de staphysaigre. Du 20 novembre au 2 décembre, l'animal est légèrement indisposé, accuse une température rectale comprise entre 38° et 39°, mais ne présente aucune éruption. A la date du 3 décembre, l'animal est gai et a une température de 37°2.

Le 4 *décembre*, à midi, nous badigeonnons les narines du singe avec un pinceau stérilisé et préalablement introduit dans les fosses nasales d'un enfant, en pleine éruption de rougeole, au 2e jour, ayant un léger coryza et accusant une température de 38°9. Nous badigeonnons la gorge de ce sajou avec un pinceau qui a été préalablement promené sur la gorge du même enfant.

Le 5 *décembre*, nous recommençons la même expérience avec du mucus, provenant de la gorge d'un autre enfant, atteint d'une éruption au 1er jour, ayant 38°8 de température; de plus, nous injectons à notre sajou, sous la peau de l'abdomen, 1 centimètre cube de sang provenant du même enfant.

Sous l'influence de ces badigeonnages, la température du singe augmente tous les jours et oscille entre 37°5 et 38°5.

Le 9 *décembre*, l'animal est triste, abattu, refuse de boire; ses yeux sont larmoyants, il semble fuir la lumière, tend à dissimuler son visage sous la couverture;

se frotte souvent la tête et les yeux avec ses pattes de devant. Les extrémités des membres sont refroidies. Ni coryza, ni toux. La gorge est légèrement rouge. La température, de 37°9, s'élève à 38°8.

Le 10 *décembre*, l'animal est moins triste; le larmoiement a disparu, la rougeur de la gorge s'est atténuée; la fièvre persiste : 38°8 le matin, 39° le soir. Il n'existe aucune éruption.

Le 11 *décembre*, même état. Fièvre légère : 38°4, le matin; 38°8 le soir. L'animal est plus gai que d'habitude :

Le 12 *décembre*, nous badigeonnons pour la troisième fois la gorge du singe avec un pinceau préalablement promené dans la gorge d'un enfant, en pleine éruption de rougeole, au 2° jour et présentant un exanthème des plus intenses.

Températures : le matin 38°6, le soir 38°7.

Le 13 *décembre*, rien d'anormal, si ce n'est que l'animal mange moins que d'habitude.

Températures : le matin 38°4; le soir 38°9.

Le 14 *décembre*, l'animal est triste, éternue de temps en temps, et présente sur le visage, notamment au-dessus des yeux, une coloration rouge, nettement érythémateuse. La langue est très rouge. Pas d'exanthème. La fièvre est intense, 39°6 le matin, 39° le soir.

Le 15 *décembre*, l'érythème localisé au visage est moins intense que la veille. La peau du cou et de l'abdomen présente une teinte rosée, érythémateuse, assez uniforme Léger coryza. La fièvre est moins vive. Températures : le matin 39°2, le soir 39°4.

Le 19 *décembre*, l'érythème pâlit de plus en plus sur le visage, le cou, l'abdomen. Le coryza a cessé. Températures : le matin 38°6, le soir 39°4. L'animal commence à manger.

Le 17 *décembre*, l'érythème a complètement disparu, la température tombe à 38°5. L'animal est gai et mange.

Les jours suivants, la température se maintient à 38°5 et tombe, à la date du 22 décembre, à 37°6.

En résumé, ce sajou robustus a présenté une fièvre éruptive, 11 jours après ses premiers badigeonnages, 10 jours après les seconds badigeonnages et l'injection de sang, 3 jours après le troisième badigeonnage. Nous avions multiplié les badigeonnages afin d'augmenter les chances de contagion. L'éruption a duré 3 jours et n'a pas été suivie de desquamation, ce qui est une règle presque absolue dans la rougeole.

Huitième animal : Guenon macaque.

Cette guenon apprivoisée, très douce, a été laissée en liberté dans le pavillon de la rougeole, durant six mois. Elle jouait constamment avec les enfants. Elle n'a jamais été malade.

Ces expériences sur les singes sont très instructives. Elles ont porté

sur huit singes : un sajou capucin, deux sajous robustus, cinq macaques. Nous avons employé les mêmes procédés pour nos animaux, sauf pour une guenon macaque. Ces procédés ont consisté en badigeonnages des fosses nasales et de la gorge avec des pinceaux imprégnés de mucus provenant des fosses nasales ou de la gorge d'enfants atteints de la rougeole, en pleine éruption et ayant de la fièvre.

Dans quelques cas, nous avons injecté sous la peau de l'abdomen du sang provenant de ces mêmes enfants.

Chez le sajou capucin, l'éruption s'est révélée 27 jours après les badigeonnages ; chez le 1er sajou robustus, 13 jours après ; chez le 2e sajou robustus, 11 jours après.

Je ferai observer que le sajou capucin a vécu 32 jours au milieu des rougeoleux, ce qui autorise à suspecter dans une certaine mesure la contagion directe, sans contact provoqué expérimentalement. Les singes macaques se sont tous montrés réfractaires. Nous restons donc en présence de 3 singes, « sajou », qui ont été atteints d'une fièvre éruptive, ayant toute la symptomatologie et la durée de la rougeole, contractée dans un milieu spécial de rougeoleux, ce qui permet d'exclure toute discussion relative à un diagnostic différentiel.

De l'ensemble de ces observations, nous concluons :

1° Que les singes peuvent contracter la rougeole ;

2° Que certains singes, comme les macaques, semblent réfractaires à cette maladie infectieuse ;

3° Que les sajous paraissent plus aptes que les autres à prendre la rougeole ;

4° Que certaines variétés de sajous, comme le capucin, semblent être un terrain plus favorable pour la maladie elle-même.

18. **Tubage et Trachéotomie dans la rougeole.** (*Bulletins et Mémoires de la Société de thérapeutique*, page 105, 1897.)

Dans cette communication, j'ai insisté sur les dangers du tubage, chez les enfants qui se trouvent à la période d'invasion ou à la période

d'éruption de la rougeole, et j'ai conclu en faveur de la trachéotomie. Le plus souvent, l'intervention est dictée par des accès spasmodiques de la glotte qui menacent la vie. En 1896, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Netter, tous les rougeoleux tubés ont succombé, soit à des ulcérations laryngées, soit à la broncho-pneumonie ; les rougeoleux trachéotomisés, au contraire, ont guéri, dans la proportion de un sur deux. Dans mon pavillon de la rougeole, à l'hôpital Trousseau, en 1897, sur cinq enfants ainsi trachéotomisés, trois ont guéri, deux sont morts.

Actuellement, dans mon service de l'hôpital Bretonneau, j'ai eu l'occasion de tuber un enfant atteint de spasmes de la glotte, la veille d'une éruption de rougeole. Or, la rougeole a évolué normalement, sans aucune complication pulmonaire. Mes conclusions de 1897 ne sont donc pas absolues.

19. **Traitement de la Rougeole.** (*Traité de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction d'Albert Robin, 1895.)

20. **Traitement de la Rougeole.** (*Journal des praticiens*, 1897.)

21. **Traitement des complications de la rougeole.** (*Journal des praticiens*, n. 2, 1898.)

Dans cet article, j'insiste sur les complications broncho-pulmonaires et oculaires de la rougeole, les plus graves, les plus fréquentes, surtout à l'hôpital.

SCARLATINE

22. **De la scarlatine à l'hôpital Trousseau durant l'année 1895. De la sérothérapie dans la scarlatine (emploi du sérum de Marmorek). Résultats statistiques.** (*Bulletins et Mémoires de la Société de thérapeutique*, page 175, 1896.)

Dans ce travail, basé sur 577 cas, nous avons résumé ce que nous avions observé à l'hôpital Trousseau, durant l'année 1895, dans le pavillon de la scarlatine. Les angines, avec ou sans exsudat, ont été

examinées bactériologiquement. Le streptocoque, seul ou associé à des cocci divers, se rencontre presque constamment, 84.17 0/0; le bacille de Klebs-Lœffler, seul ou associé, a été observé 11.76 0/0. Après avoir passé en revue les diverses complications de nos malades, les traitements employés, nous avons insisté sur nos essais de sérothérapie. Dans la scarlatine, nous ne connaissons pas l'agent pathogène; mais, que la maladie soit simple ou compliquée, elle s'accompagne presque toujours de lésions dues au streptocoque; or, nous possédons, grâce à Marmorek, un sérum antistreptococcique, parfaitement défini et dont l'efficacité est basée sur des faits expérimentaux indiscutables. Il nous a semblé rationnel de tenter l'emploi de ce sérum dans la scarlatine.

Le tableau suivant montre comparativement toutes les complications qui se sont produites sur 510 de nos malades, avant et pendant le traitement par les injections de sérum antistreptococcique.

COMPLICATIONS	PAS DE SÉROTHERAPIE		SÉROTHÉRAPIE DE MARMOREK			
			Sérum de mouton		Sérum de cheval	
	365 cas..	%	49 cas ..	%	96 cas...	%
Otites	38.......	10.41	7.......	14.28	8.......	6.25
Adénopathies	26.......	7.12	5.......	10.20	21.......	21.87
Bubons suppurés	13.......	3.56	»		»	
Abcès multiples	2.......	0.54	»		4 dus au sér. 4 ind. du sér.	4.16 3.12
Mastoïdite suppurée	1.......	0.28	»		»	
Parotidite	»		1.......	2.04	»	
Abcès de l'anus	2.......	0.54	»		»	
Arthrite purulente	1.......	0.28	»		»	
Amygdalite phlegmoneuse	2.......	0.54	1.......	2.04	»	
Conjonctivite purulente	5.......	1.36	5.......	10.20	1.......	1.04
Orgelet, tourniole	1.......	0.28	»		»	
Vulvites	31.......	8.49	15.......	30.61	2.......	2.08
Péritonisme	»		4.......	8.16	»	
Lymphangites locales	»		»		18.......	18.75
Eruptions polymorphes	»		»		10.......	10.41
Urticaire	3.......	0.82	23.......	46.94	5.......	5.20
Pleurésie purulente	1.......	0.28	1.......	2.04	»	
Coryza	5.......	1.36	3.......	6.12	2.......	2.08
Stomatite	2.......	0.54	2.......	4.08	2.......	2.08
Noma	»		1.......	2.04	»	
Diarrhée verte	10.......	2.77	»		»	
Pleurésie sèche	»		1.......	2.04	»	
Congestion pulmonaire	12.......	3.28	4.......	8.16	13.......	13.52
Pneumonie	2.......	0.54	1.......	2.04	1.......	1.04
Pneumothorax tuberculeux	1.......	0.28	»		»	
Hémoptysies	2.......	0.54	»		»	
Péricardite	»		1.......	2.04	»	
Endocardite	4.......	1.09	»		»	
Rhumatisme	8.......	2.18	1.......	2.04	3.......	3.12
Purpura	1.......	0.28	»		7.......	7.28
Albuminuries légères	17.......	4.65	8.......	16.32	24.......	25
— prolongées	6	1.62	3.......	6.12	11.......	11.44
— graves	9.......	2.46	2.......	4.08	3.......	3.12
Anasarque	5.......	1.36	1.......	2.04	»	
Mortalité globale	25.......	6.84	2.......	4.08	7.......	7.29
Mortalité par scarlatine pure ou compliquée	21 sur 361 = 5.81		1 sur 48 = 2.08		5 sur 94 = 5.31	

La sérothérapie, telle que nous l'avons pratiquée et dans les conditions spéciales où nous nous sommes placé, ne nous a pas donné tous les bons résultats que nous en espérions. Nous croyons que la comparaison des résultats obtenus plaiderait plutôt en faveur du traitement ancien, et

nous pensons que les injections de sérum antistreptococcique, dans le traitement de la scarlatine ou de ses complications, ne présentent à l'heure actuelle aucun avantage réel permettant d'en recommander l'emploi.

23. **Scarlatine chez les enfants en bas âge.** (*Médecine Moderne*, page 251, 1899.)

Les cas de scarlatine chez les enfants en bas âge sont relativement rares.

Dans cet article, je rapporte deux cas de scarlatine chez des fillettes âgées d'un mois et demi et d'un an.

OREILLONS

24. **Traitement des oreillons.** (*Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de* Albert Robin, 1895.)

DIPHTÉRIE

25. **Traitement de l'angine dipthtérique, avec examen bactériologique, par le phénol sulforiciné.** (*Bulletins et Mémoires de la Société de Thérapeutique*, page 159, 1892.)

Ce traitement de l'angine diphtérique, avec le phénol sulforiciné, a été appliqué à une période antérieure au sérum antidiphtérique. A cette époque, les médecins s'efforçaient de détruire les fausses membranes, puisqu'elles contenaient le bacille spécifique de la diphtérie.

A cet effet, nous avons eu recours au phénol sulforiciné (20 grammes d'acide phénique pour 80 grammes de sulforicinate de soude).

Tous les cas traités avaient été au préalable contrôlés bactériologiquement. Sur 33 enfants atteints d'angine diphtérique, 24 ont guéri, 9 sont morts. Parmi ces 33 enfants, 18 ont pu être traités dans les trois premiers jours de leur maladie ; ils ont tous guéri. Le phénol sulforiciné, appliqué au traitement de l'angine diphtérique, fut un excellent agent

thérapeutique pour combattre la fausse membrane diphtérique, surtout dès son apparition.

26. **Deuxième communication sur le traitement de l'angine diphtérique, avec examen bactériologique, par le phénol sulforiciné.** (*Bulletins et Mémoires de la Société de Thérapeutique*, page 220. 1892.)

A l'occasion de cette deuxième communication, basée sur un nombre plus considérable de cas, je déclare que le phénol sulforiciné, appliqué exclusivement sur les fausses membranes et associé à des lavages d'eau de chaux répétés, est un agent médicamenteux très précieux pour combattre avec succès l'angine diphtérique. Il convenait d'instituer le traitement à une époque aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

77 angines diphtériques, bactériologiquement contrôlées, ont été ainsi traitées à des époques diverses, par rapport au début de la maladie et ont donné 55 guérisons et 22 morts, soit 71 0/0 de guérison et 28 0/0 de mortalité.

Sur 47 angines diphtériques, traitées dans les trois premiers jours, nous ne relevions que 2 morts, soit 95,5 0/0 de guérisons, et 4,5 0/0 de mortalité.

TUBERCULOSE

27. **Essai sur le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par le suc musculaire, suivant le procédé de MM. Charles Richet et Héricourt.** (*Bulletin de la Société de Thérapeutique*, page 61. 1901.) En commun avec le Dr Jean-Ch. Roux.

Dans ce travail, nous publions nos premiers résultats concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire par le suc musculaire. Nous avons suivi les conseils donnés par MM. Charles Richet et Héricourt. La meilleure façon de procéder pour obtenir ce suc de viande, avec une presse de ménage, est de faire d'abord macérer la viande dans un peu d'eau (environ un quart de son poids), puis de mettre le tout, eau et viande, dans une presse de ménage, et de comprimer aussi fortement

que possible : on obtient ainsi 15 à 20 centimètres cubes de suc par 100 grammes de viande, légèrement dilué par l'eau que l'on a ajoutée. Les enfants ainsi soignés ont tous pris facilement ce suc musculaire. La dose minimum de viande crue, pour obtenir un résultat, est, d'après MM. Charles Richet et Héricourt, de 15 grammes de viande par kilogramme de malade. Nos malades pesant en moyenne de 20 à 25 kilogrammes, nous leur avons donné le suc extrait de 500 grammes de viande crue de bœuf, dose qui dépasse notablement le minimum actif. Ce traitement a porté sur une malade au premier degré, sur trois malades au deuxième degré, sur trois malades au troisième degré. Nos premiers résultats furent très encourageants, surtout dans les stades de début de la tuberculose pulmonaire. Tant que l'on a devant soi une lésion tenant seulement au bacille tuberculeux, le traitement par le suc musculaire peut améliorer notablement le malade et le guérir peut-être; mais, lorsque la lésion tuberculeuse est envahie par tous les microbes secondaires qui végètent dans les poumons en voie de ramollissement et dans les cavernes, le traitement par le suc de viande crue, tel que nous l'avons institué, n'a plus qu'une action thérapeutique très relative.

Nous avons eu l'idée d'essayer l'action du suc musculaire dans le traitement de la méningite tuberculeuse. Nos résultats ont été négatifs.

28. **Résultats du traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants, par le suc musculaire et la viande crue.** (*Communication faite au Congrès britannique de la Tuberculose*, **juillet 1901.**) **En commun avec le Dr Jean-Ch. Roux.**

Depuis plus d'une année, nous poursuivons des recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire des enfants par la viande crue et le suc musculaire. Nos malades recevaient chaque jour le suc extrait de 500 grammes de viande crue, et 100 à 150 grammes de viande crue, dans du bouillon froid : la viande cuite était complètement supprimée de leur régime. La température des malades était notée chaque jour; leur poids était pris chaque semaine. Sur trois malades au premier degré, une petite fille, suivie longtemps, paraît guérie; les deux autres sont en bonne voie et marchent vers la guérison. Chez les malades au

deuxième degré de la tuberculose pulmonaire, les résultats sont très favorables, mais inférieurs à ceux que l'on obtient dans la tuberculose au premier degré. Chez les tuberculeux au troisième degré, les résultats sont plus douteux; dans la majorité des cas, le traitement n'a aucune action. Sur 16 tuberculeux ainsi traités à l'hôpital Bretonneau, il y en a quatre qui peuvent être considérés comme guéris, trois qui sont en voie d'amélioration, un qui va mal; huit sont morts. Au temps de dire ce que cette guérison peut durer, car l'avenir des malades est le seul criterium de la guérison complète. Il ne paraît pas que la viande crue jouisse d'une action directe sur les microbes de la tuberculose, ou sur leurs poisons. Le suc musculaire et la viande crue agissent en augmentant la résistance de l'organisme, en facilitant sa lutte contre la tuberculose; le malade est placé dans de meilleures conditions et guérit par les procédés habituels de la guérison de la tuberculose.

L'augmentation rapide du poids, dès le début du traitement, est le meilleur indice de ce réveil de la résistance organique et, par suite, nous paraît être le signe le plus favorable pour le pronostic.

29. **Granulie chez une jeune fille de 14 ans. Méningite tuberculeuse. Signe de Kernig. Ponction lombaire. Examen bactériologique et cytologique du liquide céphalo-rachidien. Présence du bacille de Koch dans le dépôt du liquide ponctionné. Autopsie.** (*Médecine moderne*, **n. 17, 1901.**)

Depuis plusieurs années nous avons recours à la ponction lombaire, toutes les fois que nous sommes en présence d'une méningite aiguë. Grâce à cette ponction, nous avons pu préciser notre diagnostic, en constatant soit l'existence d'un liquide clair et transparent, comme dans la méningite tuberculeuse, soit la présence du pus dans ce même liquide, comme dans la méningite cérébro-spinale. Cette pratique est utile, puisqu'elle permet d'examiner bactériologiquement le liquide céphalo-rachidien et de dissiper nos hésitations dans un certain nombre de cas douteux. — Dans ce cas particulier, la recherche des bacilles de Koch n'a offert aucune difficulté, tellement ils étaient nombreux.

30. **Pneumothorax du côté gauche consécutif à une broncho-pneumonie tuberculeuse chez un enfant de 5 ans. Autopsie.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, page 139, 1896.)

Enfant, âgée de 5 ans, atteinte de broncho-pneumonie gauche et de pneumothorax, survenu le 17me jour de sa maladie. Deux cavernes, de la grosseur d'une noix, remplies de substance caséeuse demi-liquide, siégeaient dans la base du poumon gauche. Deux ganglions volumineux, caséeux, siégeaient au niveau du hile du poumon gauche. Le pneumothorax est rarement signalé chez l'enfant. Le diagnostic de cette complication est difficile ; aussi est-elle souvent une surprise d'autopsie.

31. **Granulie et fièvre typhoïde. Hémorragies intestinales. Importance du séro-diagnostic de Widal. Autopsie.** (*Tribune médicale*, n. 18, 1901.)

Cette observation met en relief la valeur du séro-diagnostic de Widal. Une fillette, âgée de 4 ans et demi, se présente à nous avec les symptômes et les signes caractéristiques d'une méningite aiguë probablement tuberculeuse. Nous remettons au lendemain le soin de pratiquer la ponction lombaire, afin d'examiner bactériologiquement le liquide céphalo-rachidien. Or, le lendemain matin, l'enfant ayant eu une hémorrhagie intestinale, nous suspectons une fièvre typhoïde adynamique grave à début méningitique. A cet effet, nous recherchons la réaction agglutinante de Widal. Elle est positive. A l'autopsie, nous constatons les lésions de la fièvre typhoïde et de la granulie. Nous regrettons de n'avoir pu examiner le liquide céphalo-rachidien, ce qui nous eût peut-être permis de constater la présence du bacille de Koch dans ce liquide et d'affirmer la coexistence de la fièvre typhoïde et de la granulie.

32. **Péricardite chronique. Pleurésie gauche. Tuberculose généralisée.** (*Bulletin de la Société anatomique*, mai 1880.)

Enfant, âgé de 14 ans.

33. **Méningite cérébro-spinale suppurée due au staphylococcus pyogenes aureus. Hémiplégie droite. Herpès labial en rapport avec une altération du ganglion de Gasser correspondant.** (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, page 437, 1899.) **En commun avec Netter.**

Enfant âgé de 11 ans. Au lieu de rencontrer dans cette méningite l'agent pathogène le plus ordinairement en cause, le méningocoque, qui est une variété de pneumocoque, il s'est agi d'un microbe pathogène bien défini et tout différent, le staphylococcus pyogenes aureus. Au point de vue clinique, nous relevons le début insidieux et qui avait sans doute précédé de plusieurs semaines l'ictus apoplectique, la marche de la température, qui n'a pas présenté d'élévation importante avant les derniers jours. Il nous a paru intéressant de rapprocher l'éruption d'herpès, assez abondante les derniers jours, avec la présence d'une nappe abondante de pus baignant le ganglion de Gasser du côté correspondant. Le ganglion de Gasser du côté opposé était au contraire absolument indemne.

34. **Deux cas de méningite cérébro-spinale suppurée, suivis de guérison.** (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, page 575. 1900.) **En commun avec Netter.**

Ces deux observations se rapportent à l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui régnait à Paris. Le diagnostic a pu être affirmé, grâce à la ponction lombaire, et l'examen bactériologique a révélé l'existence à l'état pur du diplococcus intracellularis meningitidis de Weichselbaum. Ces deux observations paraissent militer en faveur de l'utilité du traitement préconisé par l'un de nous et qui consiste dans la balnéation chaude ainsi que dans l'emploi des ponctions lombaires.

35. **Traitement du lymphatisme et de la scrofule.** (*Traité de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction d'Albert Robin, 1895.)

Ce chapitre comprend les indications générales du traitement, le traitement des scrofulides cutanées, des scrofulides muqueuses, et le traitement hydrominéral des scrofulides.

36. **Thérapeutique infantile.** (2 volumes, Octave Doin, 1896.)

Cet ouvrage est consacré à la thérapeutique des maladies de la première et de la deuxième enfance ; nous avons donné une large part à l'hygiène et à la sérothérapie. L'hygiène n'est pas seulement utile à la prophylaxie des maladies infectieuses ; elle joue aussi un rôle important dans le succès des médications les plus rationnelles. Elle a été presque entièrement renouvelée ; on pourrait dire qu'elle a été scientifiquement créée par les doctrines pastoriennes. En substituant à l'hypothèse mystérieuse et obscure des virus, des miasmes et des contages la notion tangible et lumineuse de l'agent vivant, du microbe, cause essentielle et nécessaire, mais parfois insuffisante de la contagion et de l'infection, le génie de Pasteur a donné une base solide aux efforts des hygiénistes, a promis enfin de faire la véritable prophylaxie des maladies infectieuses. Jusqu'à ces derniers temps, on pouvait croire que l'œuvre de Pasteur se bornerait, dans ses applications à la médecine, à la prévention de certaines maladies infectieuses, et voilà déjà que, grâce aux travaux de ses élèves, à ceux de Roux notamment, nous sommes en mesure d'enrayer dans son évolution fatale, de juguler en quelque sorte, l'une des maladies contagieuses les plus terribles, la diphtérie. Ces considérations justifieront l'importance que nous avons donnée à l'hygiène prophylactique et à la sérothérapie dans le traitement des maladies des enfants.

37. **Anémie splénomégalique chez un enfant de vingt mois. Augmentation des globules blancs mononucléaires. Diagnostic différentiel des grosses rates chez l'enfant.** (*Tribune médicale*, n. 33, 1901.)

Enfant âgé de 20 mois, présentant une rate hypertrophiée, s'étendant du rebord inférieur des fausses côtes gauches jusque dans la fosse iliaque droite (splénomégalie). Anémie profonde avec augmentation légère des globules blancs se faisant surtout aux dépens des lymphocytes. Notre cas paraît appartenir au groupe encore mal limité des pseudo-leucémies

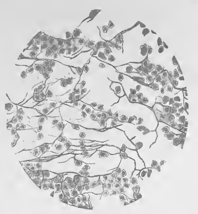


Fig. 2. B****. — Coupe du lymphadénome de l'amygdale colorée au picrocarmin, traitée par le pinceau et montée dans la glycérine. Elle montre le réseau lymphoïde et les cellules du lymphome. Objectif VI, oculaire 3 de Verick.

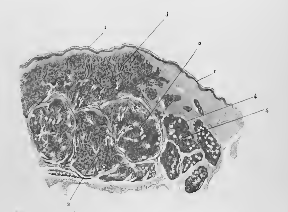


Fig. 6. B****, 9 ans. — Coupe de la tumeur sous-cutanée. Grossissement : 7 diamètres. — 1. Coupe de la peau. — 2. Masses lymphatiques en forme de follicules. — 3. Amas lymphoïde sous-cutané — 4. Cellules adipeuses non colorées.



spléniques. Quel que soit le groupe morbide dans lequel on range ce fait clinique, il n'en reste pas moins intéressant de constater, dans un cas de splénomégalie pure, sans hypertrophie des ganglions, une proportion aussi élevée du nombre des globules blancs mononucléaires.

38. **Lymphome malin généralisé à début amygdalien.** (*Presse médicale*, 1901.) En commun avec le Dr L. Tollemer.

B... Jeanne, âgée de 9 ans, entre le 18 janvier 1900 à l'hôpital Trousseau, étant atteinte d'une angine à streptocoque. Elle quitte l'hôpital au bout de 8 jours et revient le 5 février avec une hypertrophie de l'amygdale gauche et un mauvais état général. On pense d'abord à un phlegmon de l'amygdale, puis à un chancre de cet organe ; le néoplasme évoluant malgré le traitement spécifique, on songe à un lymphadénome de l'amygdale. Une petite tumeur sous-cutanée se développe dans la région sous-ombilicale ; elle est enlevée le 6 mars par M. le professeur Kirmisson : son examen histologique précise le diagnostic de lymphome malin. La tumeur amygdalienne croît au point de remplir la bouche et de rendre nécessaire la trachéotomie. Tous les ganglions augmentent de volume ; des masses néoplasiques apparaissent dans l'abdomen. L'enfant se cachectise de plus en plus et meurt le 22 mars 1900. L'examen du sang révèle que le nombre des leucocytes n'est pas augmenté ; les polynucléaires sont très rares, les leucocytes mononucléaires moyens sont fort nombreux.

L'autopsie permit de constater que la néoplasie avait envahi tous les organes lymphatiques et qu'il existait des tumeurs lymphomateuses dans les reins, le péritoine, l'épiploon, le diaphragme, etc. Le foie et la rate, qui paraissaient normaux à l'œil nu, se montrèrent très altérés à l'examen histologique.

Cet examen a porté sur le nodule cutané, les ganglions, la masse intra-abdominale, le diphragme, la rate, le foie, le grand épiploon, le péritoine du petit bassin, l'ovaire, la moelle osseuse d'un os long. Dans tous ces organes nous avons retrouvé des altérations dues à la produc-

tion d'un tissu lymphoïde et à l'action de ce tissu sur les éléments propres des organes. Les lésions de la rate et de la moelle osseuse sont particulièrement intéressantes. Dans la rate, l'augmentation du nombre et de la taille des lymphocytes, leur essaimement dans la pulpe de la rate caractérisent la lésion qui, à ce point de vue, ressemble à une infection banale, ainsi que par la destruction des hématies, la production du pigment ocre, la multiplication des macrophages et la sclérose artérielle ; cette lésion diffère toutefois des infections banales en ce qu'elle présente une absence totale de polynucléose. Dans la moelle des os le tissu hématopoiétique est revenu au type embryonnaire et la réduction du champ de l'hématopoièse explique bien l'anémie énorme du sujet.

Nous avons préféré, pour désigner cette maladie de tout le tissu lymphatique, le nom de *lymphôme malin*, qui a l'avantage de ne préjuger en rien l'essence de la maladie, tout en éveillant bien l'idée de la production de masses de tissu lymphoïde dans les organes. Nous avons cru, nous appuyant sur la clinique et l'anatomie pathologique, pouvoir conclure à la nature infectieuse de l'affection. Les lésions sont en effet analogues, dans bien des cas, à celles des granulomes infectieux (syphilis, morve, tuberculose, fièvre typhoïde). L'analogie des lésions musculaires et de l'épithelium rénal avec celles que provoque la dothiénentérie est absolue ; il en est de même souvent des lésions constatées dans l'intestin, au cours des lymphadénies intestinales.

39. **Deux cas de nodosités rhumatismales chez les enfants. Examen histologique.** (*Congrès périodique national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie.* Nantes. Septembre 1901.)

Les nodosités rhumatismales ne semblent pas très fréquentes. Nous en rapportons deux observations chez des enfants de 11 et de 13 ans ; notre premier malade en présentait un nombre considérable, puisque sur les membres seuls on en comptait plus de 250 ; au niveau du crâne, le semis était tellement confluent que toute évaluation, même approximative, était impossible ; notre deuxième malade, une trentaine à peine. Notre premier malade était, en outre, atteint de douleurs articulaires,

de chorée molle et d'insuffisance mitrale; notre deuxième malade était également atteint de douleurs articulaires et d'insuffisance aortique.

A l'occasion de ces observations très intéressantes, nous nous sommes efforcé de présenter une étude complète des nodosités rhumatismales chez l'enfant, au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique.

Chez les enfants atteints de nodosités rhumatismales, la chorée est signalée dans le cinquième des cas et semble constituer une manifestation grave. Les déterminations cardiaques paraissent constantes.

L'examen histologique des nodosités n'a été que rarement pratiqué d'une façon complète. Les auteurs les trouvent constituées par du tissu fibreux contenant parfois du cartilage et des foyers de nécrobiose. Ces deux lésions faisaient défaut dans le cas que nous avons pu examiner; nous avons été frappé par la richesse des vaisseaux à paroi épaissie et par la présence d'amas de cellules jeunes à gros noyau vivement coloré. Nos recherches bactériologiques ont été infructueuses.

40. **Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre du côté gauche (région de la base), chez une petite fille âgée de quatre ans. Autopsie.** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux*, p. 436. 1900.)

Nous rapportons une observation rare. Les kystes hydatiques des poumons sont extrêmement rares chez les enfants.

41. **Pneumonie double. Absence congénitale du rein et de l'uretère du côté droit.** (*Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1879.)

Enfant, âgé de 13 mois. Pneumonie double. Absence congénitale du rein et de l'uretère du côté droit. Le rein gauche était très hypertrophié.

42. Œdème de la glotte consécutif à un adéno-phlegmon du cou chez un enfant de 16 mois. Trachéotomie. Guérison. (*Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1879, p. 190.)

Cette observation concerne un enfant de 16 mois, atteint d'un adéno-phlegmon du cou et d'œdème de la glotte, nécessitant la trachéotomie. La guérison parut complète douze jours après l'opération. Pendant la convalescence, entéro-colite, spasmes glottiques qui persistent durant une quinzaine de jours et cèdent à la médication antispasmodique (bromure de potassium, teinture de valériane).

42. Contribution à l'étude de la pseudo-méningocèle traumatique. (*Revue de Médecine*, avril 1897.) En commun avec le Dr Jean-Ch. Roux.

A l'occasion d'une petite malade, âgée de 5 ans, présentant une large perte de substance osseuse, sur le pariétal gauche avec hémiplégie et contracture du côté droit, remontant à l'âge de six semaines, et occasionnée par une chute sur la tête, nous avons recherché dans la littérature médicale les observations analogues à la nôtre. Cette affection est peu commune, puisque nous n'en trouvons que 32 cas. Il s'agit d'une fracture du crâne qui doit son évolution particulière aux deux conditions suivantes, réalisées chez l'enfant : d'une part, l'adhérence de la dure-mère, ce qui lui permet de se déchirer lors d'une fracture du crâne ; d'autre part, le développement excentrique du cerveau qui va progressivement écarter les bords de la fracture.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, PATHOLOGIE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

44. **Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse.** (*Revue de Médecine*, **pages 817 et 889. 1879). En commun avec E. Brissaud.**

Dans ce travail, inspiré par notre maître M. Ernest Besnier, nous avons présenté une étude complète des gommes scrofuleuses et démontré leur nature tuberculeuse. Ces gommes scrofuleuses peuvent s'observer chez des malades indemnes de la diathèse syphilitique, mais présentant des manifestations de scrofule. Il existe, entre les gommes syphilitiques et ces manifestations de scrofule, des rapports qui expliquent le nom de gommes scrofuleuses que M. Vidal leur a attribué en 1873. La lésion primitive aboutit presque fatalement à l'ulcération de la peau. L'existence antérieure d'une petite tumeur, constituée par un produit d'élimination, est le phénomène primitif; l'ulcération est d'une importance secondaire.

Les anciens auteurs ne semblent pas avoir vu que la scrofule pouvait être une affection à processus néoplasique. La gomme scrofuleuse, aussi bien que la gomme syphilitique vulgaire des téguments, a son point de départ non pas dans le derme proprement dit, comme le lupus, mais sous le derme, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ce qui ressort au premier abord de notre étude microscopique, c'est la localisation des gommes scrofuleuses dans le tissu cellulaire sous-cutané. La caractéristique de la gomme réside dans l'existence d'un produit d'élimination qui n'est autre chose qu'une masse plus ou moins abondante de matière caséeuse. Le derme reste relativement sain et les altérations légères qu'il présente ne consistent guère que dans une infil-

tration œdémateuse accompagnée d'une vascularisation plus ou moins considérable. Le produit caséeux ne différait en rien de la matière caséeuse vulgaire. Parmi les nombreuses gommes que nous avons examinées, plusieurs ne s'étaient pas encore ouvertes. Nous nous sommes plus particulièrement occupés de ces dernières.

Une coupe ayant été pratiquée perpendiculairement à la peau dans la masse même de la tumeur, nous avons constaté que le derme était simplement surélevé, mais tout en conservant son épaisseur et sa résistance normales; dans le tissu cellulo-adipeux sous-jacent au derme se trouvait enclavée une petite agglomération de matière caséeuse tout à fait semblable à du mastic, comme la matière caséeuse des vieux tubercules enkystés. Ce produit caséeux était séparé des parties environnantes par une mince couche de tissu fibreux lui formant une sorte d'enveloppe kystique; enfin cette partie fibreuse se confondait elle-même par une série de petites travées celluleuses plus ou moins épaisses, qui se continuaient avec les faisceaux de tissu conjonctif intermédiaires aux lobules graisseux du sous-derme. Mais, sur des tumeurs plus nouvelles, nous avons pu constater, dans les parties périphériques des foyers, les attributs spéciaux à la tuberculose. Le foyer caséeux était environné d'une zone inflammatoire très manifeste, se traduisant par une condensation épaisse d'éléments embryonnaires envoyant des traînées plus ou moins nombreuses dans les interstices du tissu conjonctif avoisinant. Au sein de ces masses nucléaires les vaisseaux sanguins étaient oblitérés, et on pouvait y reconnaître la présence de nombreuses cellules géantes dispersées au milieu de petits amas de cellules épithélioïdes. Les trois sortes d'éléments, qu'on trouve généralement réunis, suivant un ordre systématique dans les follicules tuberculeux, existaient rassemblés, mais comme au hasard, ainsi que cela s'observe dans les productions tuberculeuses un peu avancées où la constitution primitive des follicules a été sensiblement modifiée par la caséification.

En pratiquant des coupes, non pas au sein de la tumeur elle-même, mais vers ses parties périphériques, nous avons surpris à ses débuts le développement du follicule tuberculeux. Dans le tissu conjonctif sous-jacent au derme, les traînées embryonnaires aboutissaient par places à

des centres de formation tuberculeuse, nettement déterminés par la présence de quelques tubercules essentiels, tels que Schüppel et Koster en ont donné la définition. Somme toute, il s'agissait d'une tuberculose vraie, caractérisée par l'existence de tubercules crus, et d'une infiltration de follicules tuberculeux.

Les gommes scrofuleuses sont constituées par des tubercules du tissu cellulaire sous-cutané, se présentant sous la forme de foyers tuberculeux proprement dits, au voisinage desquels sont agglomérées, en quantité plus ou moins considérable, des granulations folliculeuses.

La partie anatomique de notre étude démontrait une fois de plus que, dans la scrofule, certains processus, longtemps considérés comme des inflammations locales, doivent être rapportés à une cause en quelque sorte spécifique, *la tuberculose*.

45. De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées (après 45 ans). (*Thèse inaugurale*, récompensée par la Faculté de médecine. 1881.)

Les auteurs n'avaient pas consacré un chapitre spécial à la fièvre typhoïde chez les personnes âgées, ainsi qu'ils l'avaient fait chez les adolescents d'abord, chez les enfants ensuite. Cela se comprend aisément, étant données les idées qu'on avait sur la rareté de cette affection.

Les premières observations qui furent publiées se contentaient de retracer le tableau symptomatologique de la maladie; mais aucune d'elles ne relatait les particularités qu'elle présentait par opposition aux symptômes qui définissent la maladie fièvre typhoïde, telle qu'on la rencontre à l'âge adulte. Dans notre travail, nous avons présenté les particularités qui nous ont paru ressortir à la fièvre typhoïde chez les personnes âgées et nous les avons mises, chemin faisant, en opposition avec les symptômes qui caractérisent cette même fièvre aux deux premiers âges de la vie. Chez les personnes âgées, le début de la fièvre typhoïde est insidieux, la fièvre initiale n'atteint pas un chiffre élevé, la symptomatologie est irrégulière, l'adynamie est la règle.

L'adynamie domine, en effet, toute la symptomatologie de la mala-

die, depuis l'abattement jusqu'à l'amaigrissement et au véritable collapsus de la période ultime. Cette adynamie est persistante et ne se trouve nullement en rapport avec l'état des organes viscéraux. La fièvre typhoïde chez les personnes âgées est une affection difficile à diagnostiquer, parce qu'elle semble devoir se juger plutôt par l'habitus que par un ensemble de symptômes bien définis. Le pronostic est d'autant plus sombre que l'âge est plus avancé. La terminaison de cette affection est toujours tardive; lorsqu'elle est favorable, la convalescence se montre traînante, lente; lorsqu'elle est funeste, la maladie dégénère en un état de collapsus véritablement désespérant. Les lésions anatamo-pathologiques ne diffèrent pas de celles qu'on observe chez les adolescents et les enfants.

46. **Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde.** (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, page 461. 1889.)

Cette communication est basée sur 36 cas (2,77 pour 100 de mortalité) et est favorable à la pratique du bain froid dans la fièvre typhoïde, suivant la méthode de Brandt.

47. **Du réflexe tendineux dans le choléra.** (*Progrès médical*, p. 1091. 1884.)

Ayant eu l'occasion d'observer à l'Infirmerie Centrale des prisons de la Seine une trentaine de cas de choléra, nous avons recherché l'état de la réflectivité spinale dans cette maladie. Les réflexes tendineux sont exagérés, plus ou moins manifestement, au début et à la période d'état de la maladie, et se montrent atténués et normaux au moment de la convalescence et de la guérison définitive. Dans les cas graves, à évolution rapide, l'exagération des réflexes tendineux paraît être un fait constant ; dans les cas graves, à évolution lente, prolongée, l'exagération des réflexes semble être également un signe fréquent ; dans les cas légers, enfin, les réflexes tendineux sont normaux.

48. Relation de dix-huit cas de choléra observés à l'hôpital Beaujon durant les mois d'août et de septembre 1892. Résumé clinique et anatomo-pathologique. Recherches bactériologiques. Traitement par l'acide thymique. (*Médecine moderne*, 710. 1893.)

La psorentérie a manqué trois fois. La recherche des bacilles virgules, soit par les examens directs, soit par le procédé des cultures sur plaques de gélatine, a été négative deux fois. La vésicule biliaire était toujours distendue par un liquide vert, ne révélant jamais la présence d'un seul organisme. Ici nous avons eu encore recours à l'acide thymique, à raison d'un gramme pour un litre de lait ou de bouillon ; nous avons pris le soin également d'introduire dans l'estomac un litre d'eau bouillie contenant un gramme d'acide thymique. Le traitement auquel nous avons soumis nos malades cholériques de 1884 et de 1892 nous a donné des résultats à peu près semblables à ceux obtenus par mes collègues dans les hôpitaux. Nous nous heurtons toujours à ce chiffre de 50 0/0 de mortalité.

49. Syphilis. Trausmission par le tatouage. (*Progrès médical*, p. 205. 1877.)

Jeune homme âgé de 19 ans, qui se fait tatouer l'avant-bras droit. L'opérateur avait délayé l'encre de Chine dans sa salive et avait nettoyé son dessin cutané avec sa salive ; or, cet opérateur, après enquête, avait des plaques muqueuses dans la bouche. Deux mois et demi après l'inoculation apparaissent trois chancres. Huit de ses camarades ainsi tatoués se trouvaient dans la même situation. Les chancres se seraient cicatrisés deux mois après leur apparition. Six mois après les chancres, plaques muqueuses multiples, adénopathie généralisée indolente. Sans insister sur la bizarrerie du fait, nous mentionnons qu'il n'a été relaté dans aucun auteur, malgré le nombre considérable des individus tatoués. Nous noterons la longue période d'incubation de deux mois et demi et la cicatrisation lente des accidents primitifs.

50. Association de l'ataxie locomotrice et de l'atrophie musculaire progressive chez un syphilitique. (Observation publiée dans le livre de M. le Professeur Fournier sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, p. 245. 1882.)

Le tabes a ouvert la scène, et sept ans plus tard se sont produits les symptômes d'atrophie. Ce même malade présentait des symptômes de contracture musculaire qui ne relevaient ni du tabes, ni de l'atrophie. Les symptômes observés répondaient à des localisations différentes de lésions dans l'axe médullaire. Le début de l'affection a été celui de la sclérose des faisceaux radiculaires postérieurs. Les symptômes observés ultérieurement relevaient de lésions diffuses de la moelle affectant à la fois et les cordons postérieurs et les cornes antérieures, et les cordons latéraux.

51. Etude expérimentale et clinique sur le Naphtol β, à propos du traitement de la gale. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1883.)

Dans cette étude, je me suis efforcé d'établir et de démontrer à la fois par la clinique et par l'expérimentation physiologique la réelle innocuité, au point de vue toxicologique, de l'emploi de naphtol β. Après avoir montré, par des observations cliniques nombreuses, que les accidents attribués au naphtol β (néphrite aiguë, hémoglobinurie) n'ont jamais été observés chez nos malades, j'ai entrepris sur une série d'animaux, chiens, cobayes, lapins, des expériences dont le but était de rechercher les propriétés toxiques de ce médicament.

52. Intoxication par le salol administré à l'intérieur à la dose de 3 grammes. Erythèmes scarlatiniforme et rubéoliforme. Urines noires. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Thérapeutique*, p. 97. 1894.)

Il s'agit d'une jeune fille qui, atteinte d'une amygdalite aiguë, prit 3 grammes de salol, le quatrième jour de sa maladie, eut successivement de l'érythème scarlatiniforme, de l'érythème rubéolique en divers

points de son corps. La constatation de ces érythèmes et la coloration noire des urines avec toutes les réactions caractéristiques de l'acide phénique et de l'acide salicylique étaient bien en faveur d'une intoxication par le salol.

53. **Traitement des maladies de l'œsophage.** (*Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin, fascicule XII, page 162.)

Ce chapitre comprend l'œsophagisme, le rétrécissement non cancéreux de l'œsophage, et le cancer de l'œsophage.

54. **Névralgie spasmodique de la face (côté gauche); opération, guérison.** (*Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique*, page 314, 1894.)

Femme âgée de 60 ans, atteinte d'une névralgie faciale, spasmodique, tenace, depuis huit ans. Antécédents héréditaires nerveux. Altérations multiples du rebord alvéolaire des deux maxillaires. M. Jarre localise la lésion sur une région du bord alvéolaire supérieur gauche, comprise entre l'emplacement de l'incisive latérale et celui de la seconde prémolaire et pratique une opération. Cette opération consiste à faire l'ablation du segment du bord alvéolaire lésé. Le jour de l'opération aucune crise douloureuse ne se produit; les jours suivants, les crises douloureuses avaient cessé. Un mois après la guérison persistait.

55. **Cancer annulaire de l'œsophage. Granulie.** (*Bulletins de la Société anatomique*, avril 1883.)

Homme âgé de 61 ans, atteint d'un cancer annulaire de l'œsophage. La mort fut hâtée par une infiltration granuleuse des poumons et l'apparition d'une méningite tuberculeuse.

56. **Cancer de l'estomac. Cancer secondaire des capsules surrénales, du foie, du pancréas. Congestion et inflammation des corps vertébraux. Vomissements bilieux. Teinte pigmentée de la peau.** (*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1883.)

Femme âgée de 38 ans. Il s'agissait d'un carcinome squirrheux.

57. Cancer latent de l'estomac et carcinome alvéolaire type du grand épiploon, à forme kystique. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1889). En commun avec le Dr Leblond.

Les parois du kyste étaient constituées par du carcinome; le liquide était franchement sanguin (trois litres et demi environ). Pneumonie lobaire, hépatisation grise en trois jours.

58. Rupture spontanée du cœur. Dégénérescence graisseuse du cœur. Athérome; caillot ancien de l'artère coronaire antérieure. Cirrhose cardiaque. Néphrite interstitielle (*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1883.) En commun avec M. Bétrémieux.

Homme de 52 ans. Angoisse cardiaque, sans aucun bruit anormal au cœur. Mort subite. A l'autopsie, on trouve le cœur noyé dans une mare de sang noir, une plaie à la face antérieure du ventricule gauche : cette plaie communique avec la cavité ventriculaire gauche. Les fibres musculaires du cœur étaient très altérées, graisseuses (petites gouttelettes graisseuses, rangées parallèlement aux divisions longitudinales du faisceau primitif). La tunique interne de l'artère coronaire antérieure était six fois plus épaisse que la couche musculeuse.

59. Urémie aiguë. Néphrite interstitielle. Absence congénitale du rein et de l'uretère du côté droit. (*Bulletins de la Société anatomique*, avril 1877.)

Jeune homme, âgé de 20 ans, atteint d'eczéma généralisé. Attaque épileptiforme. Coma. A l'autopsie, on trouve un seul rein présentant le dernier degré de la lésion de Bright, un seul bassinet, et un seul uretère. La manifestation des accidents urémiques a coïncidé avec la guérison de l'affection cutanée.

60. Hypertrophie cardiaque. Insuffisance aortique. Crétification de l'aorte. Asystolie. Apoplexie pulmonaire. Caillot dans une division de l'artère pulmonaire droite, sans infarctus. (*Bulletins de la Société anatomique*, avril 1880.)

Homme, 59 ans. Cœur hypertrophié pesant 1015 grammes.

61. **Tumeur hydatique du foie suppurée, comprimant le hile du foie et communiquant avec les voies biliaires. Angiocholite suppurée. Méningite.** (*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1880.)

Homme, 60 ans. Méningite suppurée survenant dans le cours d'une intoxication biliaire. Symptômes d'ictère grave. Enorme kyste hydatique suppuré, entre les deux lobes du foie, empiétant sur la face inférieure, entre le lobule de Spigel et le lobe carré, comprimant le hile du foie.

62. **Tumeur de la région trochantérienne. Grande difficulté du diagnostic. Examen histologique (kyste dermoïde).** (*Bulletin de la Société clinique*, page 224. 1878.)

Femme, 46 ans. Il s'agissait d'un kyste dermoïde profond, siégeant dans la région postéro-externe de la cuisse gauche. Sur 188 cas de kystes dermoïdes rapportés par Lebert, nous n'avons pas trouvé un seul fait analogue au nôtre, quant au siège.

63. **Corps fibreux de l'utérus. Péritonite aiguë, généralisée.** (*Bulletins de la Société anatomique*, février 1878.)

Femme, 38 ans. Il s'agissait d'un corps fibreux légèrement pédiculé ayant franchi l'orifice utérin. Le pédicule est sectionné avec des ciseaux. Cinq jours après, péritonite et mort.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.